

**SAVONIA**

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# HOITAJIEN JA LÄÄKÄREIDEN ASENTEET KIPUUN JA KIVUNHOI- TOON LIITTYEN ERIKOISSAIRAAN- HOIDON VUODEOSASTOILLA

Määrällinen kyselytutkimus

TEKIJÄ Riikka Nuutinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Kliininen asiantuntija, palliatiivinen hoito -tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä Riikka Nuutinen	
Työn nimi Hoitajien ja lääkäreiden asenteet kivunhoidosta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla	
Päiväys	15.2.2022
Sivumäärä/Liitteet	59
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS)	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kipu on yleinen ja maailmanlaajuisesti tunnistettu terveyteen vaikuttava tekijä. Sairaalahoidossa olevilla potilailla kipua esiintyy usein. Terveystieteiden henkilöstön tiedot ja asenteet ovat merkittävä tekijä potilaiden onnistuneessa ja laadukkaassa kivunhoidossa. Aiemmissä tutkimuksissa on jo todettu, että työkokemus ja koulutus parantavat kipuun ja kivunhoitoon liittyvää tietoa ja asenteita.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien ja lääkäreiden asenteita kivunhoidosta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tavoitteena on edistää laadukkaan kivunhoidon toteutumista.</p> <p>Aineisto kerättiin validoidulla kivun hoidon asenteita mittaavalla kyselyllä. Aineisto kerättiin 4 viikon aikana syys-lokakuussa 2021 Surveypal-kyselyllä ja analysoitiin käyttämällä SPSS ohjelmaa. Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimus on osa laajempaa kivunhoitoon liittyvää tutkimusprojektia.</p> <p>Tulosten perusteella lääkäreillä oli hoitajia paremmat tiedot morfiinirajaan liittyvässä kysymyksessä. Hoitajat taas luottivat lääkäreitä enemmän potilaiden arvioon kivustaan, sekä hoitajat olivat enemmän sitä mieltä, että hoitamaton kipu on aihe Haipro ilmoitukseen. Mahdollisesti iän ja työkokemuksen myötä ymmärretään, ettei kipu ole normaali osa ikääntymistä.</p> <p>Säännöllistä koulutusta kivusta ja kivunhoidosta tarvitaan kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. Jatkossa voisi tutkia kuinka terveydenhuollon ammattilaisten asenteet ja kivun hoidon laatu paranevat kivunhoidon koulutuksen myötä.</p>	
Avainsanat Kipu, kivunhoito, asenteet	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing	
Author Riikka Nuutinen	
Title of Thesis The attitudes about pain and pain management among nurses and doctors in university hospital wards	
Date 15.2.2022	Pages/Appendices 59
Client Organisation /Partners Kuopio university hospital	
<p>Abstract (NOTE: write/insert all your text in the grey box below, also if you use copy + paste)</p> <p>Pain is a common and globally recognized health problem and common phenomena in hospital patients. The knowledge and attitudes among health care personnel are significant factors in the successful and high-quality pain management of patients. Previous research has already found that work experience and training improve knowledge and attitudes related to pain and pain management.</p> <p>The purpose of this study was to investigate the attitudes among nurses and physicians about pain management in specialty wards. The aim is to promote high-quality pain management.</p> <p>Data was collected using a validated survey measuring attitudes to pain management. Data was collected over 4 weeks in September-October 2021 using the SurveyPal survey and analyzed using the SPSS program. Quantitative research methods were used in the study. The research is part of a larger research project related to pain management. Based on the results, doctors had better information than nurses on the issue of the morphine limit. Nurses, on the other hand, relied more on doctors to assess patients for their pain, and nurses were more likely to believe that untreated pain was the subject of a safety incident (Haipro) report. Possibly with age and work experience, it is understood that pain is not a normal part of aging.</p> <p>Regular training in pain and pain management is needed for all health professionals. In the future, it could be explored how the attitudes of health professionals and the quality of pain care improve with pain management training.</p>	
Keywords pain, pain management, attitudes	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	6
2	KIVUNHOITO OSANA LAADUKASTA HOITOTYÖTÄ .....	8
2.1	Kivunhoidon organisointi .....	8
2.2	Ammatillinen kehittyminen .....	9
2.3	Kivun hoidon potilasohjaus .....	10
2.4	Turvallinen kivunhoito .....	10
3	KIVUN MONINAISUUS.....	12
3.1	Kivun luokittelu ja esiintyvyys .....	12
3.2	Leikkauksen jälkeinen kipu .....	13
3.3	Krooninen kipu .....	14
3.4	Ikääntymiseen liittyvä kipu .....	15
3.5	Syöpäkipu .....	16
3.6	Palliativisen hoidon vaiheessa olevan potilaan kipu .....	16
3.7	Eksistentiaalinen kipu .....	17
4	KIVUN ARVIOINTI JA HOITOMENETELMÄT .....	19
4.1	Kivun systemaattinen arviointi ja kirjaaminen hoitotyössä .....	19
4.2	Kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä .....	21
4.3	Kivun lääkkeellisiä hoitomenetelmiä .....	22
5	AIKAISEMPI TUTKIMUS KIVUNHOIDON ASETEISIIN LIITTYEN .....	24
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	26
7	TUTKIMUSMENETELMÄT .....	27
7.1	Tutkimusympäristö.....	27
7.2	Aineiston keruu.....	27
7.3	Aineiston analysointi .....	28
8	TULOKSET .....	30
8.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	30
8.2	Kipuun liittyvät asenteet konservatiivisilla- ja operatiivisilla osastoilla.....	31
8.3	Lääkäreiden ja hoitajien kipuun liittyvät asenteet .....	33
8.4	Taustatietojen vaikutus kipuun liittyviin asenteisiin.....	35
9	POHDINTA.....	46
9.1	Tulosten tarkastelu .....	46

9.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	47
9.3 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusehdotukset.....	48
LÄHTEET .....	50
LIITE 1: SURVEYPAL KYSELY HENKILÖKUNNALLE.....	57

## 1 JOHDANTO

Kipu on yleinen ja maailmanlaajuisesti tunnistettu terveyteen vaikuttava tekijä. Sairaalahoitossa olevilla potilailla kipua esiintyy usein. (Dix, Sandhar, Murdoch, MacIntyre 2004, 236.) Kohtalaista tai vaikeaa kipua kokevat leikkauksen jälkeen 20–80 % potilaista (Lorentzen, Hermansen, Botti 2011, 278). Kipua kokevat kaikkien erikoisalojen potilaat (Dix, ym. 2004, 236). Suuri osa tutkimuksista on keskittynyt syöpäkipuun tai postoperatiiviseen kipuun (Rockett, Simpson, Crossley, Blowey 2013, 2019).

Suomessa kivun hoidon toteutumista on arvioitu eri sairaaloissa Kivuton sairaala hankkeessa vuosina 2006–2017. Vuonna 2014 tehdyssä selvityksessä lievää kipua (NRS 1-3) koki 31,7 % potilaista ja kovaa kipua (NRS 4-10) koki noin 8 % potilaista. (Koivusalo 2015.) Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on julkaissut hoitosuosituksen Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoidosta (Hotus-hoitosuositus 2013). Kansainvälinen akuutin kivun rekisteri on luotu tilastoi-  
maan leikkauksen jälkeistä kipua (Zaslansky ym. 2015, 490). Kirjaamista ohjaamaan on julkaistu suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta (Kontinen ym. 2012, 119). Sosiaali- ja terveysministeriön Kroonisen- ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmän selvityksessä arvioitiin, että kroonisen ja syöpäkipuunhoitoon käytössä olevat resurssit ovat hoidon tarpeeseen nähden riittämättömät sekä hoidon saatavuudessa on alueellisia eroja (STM 2017, 20–24). Suomessa terveyskeskuslääkärin käynneistä noin 40 % liittyvät kipuun (Kipu: Käypä hoito-  
suositus 2017).

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP julkaisi päivitetyn kivun määritelmän heinäkuussa 2020. Duodecimin sanastolautakunnan suoran käännöksen mukaan, kipu on kudoksen vaurioitumiseen tai vaurioitumisen uhkaan liittyvä epämiellyttävä aistimus ja tunne-elämys tai tällaista muistuttava kokemus (IASP 2020; Kalso 2020, 56). Määritelmän kuusi kohtaa selventävät kipuun liittyviä tekijöitä. Kipu on aina henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat psykologiset, sosiaaliset ja biologiset tekijät. Määritelmässä on selvennetty kivun vaikutusmekanismia ja korostettu kivun vaikutuksia toimintakykyyn sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Myös kivun ilmaisuun, kivusta kommunikointiin sekä kivun havainnoinnin tärkeyteen on kiinnitetty huomiota. (Kalso 2020, 56–57.) Hoitotieteellisen määritelmän mukaan ihminen itse määrittää mitä kipu on ja milloin itse sanoo sen esiintyvän. (Hotus-hoitosuositus 2013, 4-5.)

Sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa kivunhoidon toteutumisessa. On tärkeää ymmärtää kivun patofysiologia sekä kivun arvioinnin tärkeys. (Sonneborn & Williams 2020, 27.) Terveystieteiden ammattilaisilla tulee olla riittävä osaaminen tehokkaaseen kivun hoitoon (Sonneborn & Williams 2020, 27). Koulutuksen myötä asenteet kivunhoitoon paranevat. Koulutuksen tehostamisen tarve esiintyy maailmanlaajuisesti. (Mankelow ym. 2021, 1.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien ja lääkäreiden asenteita kivunhoidosta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tavoitteena on edistää laadukkaan kivunhoidon toteutumista. Opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Aineisto kerättiin validoidulla kivun

hoidon asenteita mittaavalla Surveypal kyselyllä syys-lokakuussa 2021 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimus on osa laajempaa kivunhoitoon liittyvää tutkimusprojektia.

## 2 KIVUNHOITO OSANA LAADUKASTA HOITOTYÖTÄ

Hyvä kivunhoito on yksi hoitotyönlaatutekijä. Sairaanhoidajien tieto, taito ja asenteet ovat tärkeässä asemassa esimerkiksi syöpää sairastavien potilaiden kivunhoidossa, koska he ovat moniammatillisen tiimin jäsenenä pääasiallisessa roolissa syöpäkivunhoidon toteutuksessa ja arvioinnissa. (Bouya ym. 2019, 839.) Hoitotyön päätöksenteko näkyy näyttöön- ja ajantasaiseen tietoon perustuvana. Hoitotyön laadusta yhteisten tavoitteiden mukaisesti vastaavat hoitotyöntekijät. Hoitotyön laatua seurataan tavoitteiden mukaan seurantamittareilla sekä työnkuvat ja työprosessit tulee olla laadittu. Hoitotyönprosesseja ja työnkuvia kehitetään jatkuvasti työn tutkimuksen ja Lean toimintaan perustuvan ajattelun avulla. (KYS 2017, 13–15.)

Eettinen osaaminen ohjaa hoitotyötä. Tehokas kivunhoito on olennainen osa hyvän hoidon laatua ja katsotaan epäeettiseksi antaa potilaan kärsiä ilman riittävää, tehokasta kivunhoitoa (Abdalahim ym. 2011, 250). Hoitotyöntekijöiden tulee arvioida jatkuvasti hoitotyön ja toiminnan eettistä toteutumista, sekä kehittää eettistä osaamista. Eettisistä haasteista tulisi keskustella moniammatillisesti. (KYS 2017, 8.) ETENE on julkaissut Sosiaali- ja terveysalan eettiset perusteet. Tämän mukaan toimijoiden tulee kunnioittaa asiakkaiden ja potilaiden ihmisarvoa ja perusoikeuksia. Lähtökohtana hoidossa on potilaiden ja asiakkaiden etu. Ammattihenkilöstö vastaa työn ladusta. Hyvä hoito ja palvelu edellyttävät vastuullista toimintaa ja vastuullisia päätöksiä. (ETENE 2011, 5–7.) Kivunhoidossa on koulutuksen ja osaamisen lisäksi arvioitava omia uskomuksia, kokemuksia ja mahdollisia ennakkoluuloja kipua kokeviin potilaisiin liittyen. Jokaista potilasta on hoidettava yksilönä ja niin sanottuja olettamuksia tulisi välttää. Potilaiden hoidossa vuorovaikutuksella on tärkeä rooli. (Quinlan-Colwell 2013, 94.)

American Nurses Credentialing Centerin (ANCC) luoma magneettisairaalamalli on kehitetty parantamaan potilashoidon laatua ja tuloksia sekä tukemaan jatkuvaa sairaanhoidajan kehittymistä. ANCC tunnustetut organisaatiot toimivat hoitotyön tiedon ja asiantuntijuuden lähteinä maailmanlaajuisesti. Toiminta pohjautuu Magneettisairaalamallin ydinperiaatteisiin kehittämällä jatkuvasti toimintaa. (ANCC 2021.) KYS hakee magneettisairaalamallin tunnustusta ja toimii magneettisairaalamallin mukaisesti. Mallin pohjalta on valittu neljä teema-aluetta, jotka ovat ammatillista toimintaa tukeva rakenne, ammatillinen toiminta, tutkimus ja kehittäminen ja hoitotyön johtaminen. Magneettisairaalamallin keskeisenä tavoitteena on varmistaa potilashoidon laatu, tulokset ja potilasturvallisuus. Hoitotyön johtaminen, hoitotyön jatkuva kehittäminen ja hoitotyön ammattilaiset toimivat toteuttajina tavoitteiden saavuttamiseen. (KYS 2017, 1,4.)

### 2.1 Kivunhoidon organisointi

Kivunhoitotyön tulee olla organisoitua ja vastualueet tulee määritellä. Useassa sairaalassa on käytössä Acute Pain Service -tiimi (APS). Tiimi vastaa sairaalan kivunhoidon laadusta. Sairaaloissa missä APS tiimi on toiminnassa, potilaat ovat tyytyväisempiä kivunhoitoon. Lisäksi potilailla esiintyy vähemmän keuhkokomplikaatioita, kipua on paremmin hallinnassa, sitä arvioidaan tehokkaammin ja hoitotyön kirjaaminen on parempaa. Myös potilaan kipulääkkeen saamisessa on lyhyempi viive, hoito perustuu potilaan omaan arvioon kivustaan ja kipua arvioidaan järjestelmällisesti. APS tiimillä on vaikutusta myös henkilökunnan tietoihin ja asenteisiin sekä kivunhoitoon liittyviä ohjeita on tarkennettu.



APS- tiimillä on vaikutusta sairaalaoloaikaan lyhentävästi, jolloin syntyy myös kustannussäästöä. (Hotus-hoitosuositus 2013, 22–23.) Kipukeskuksen perustaminen erikoissairaanhoidon on perusteltua hoidon keskittämiseksi. Asia on todettu muun muassa kroonista kipua sairastavien neuromodulaatiohoidon näkökulmasta. Kivunhoitoon tarvitaan moniammatillisesti kivunhoitoon erikoistuneita osaajia. Esimerkiksi neuromodulaatiohoidossa keskeinen rooli on sairaanhoitajilla, jotka ovat erikoistuneet neuromodulaatiohoitoon. (Puurunen ym. 2020.)

Lean filosofian käyttäminen suomalaisessa terveydenhuollossa on aloitettu 2010-luvulla. Lean johtamista tarkastellaan strategian jalkauttamisena ja päivittäisjohtamisena. Lean filosofiaan kuuluu vahvasti Lean johtaminen ja johtamiskulttuurin kehittäminen, henkilöstön aktiivinen rooli kehittämisessä kuuluvat myös Lean johtamiseen. Lean ajatteluun kuuluu vuorovaikutteinen oppiminen henkilöstön välillä ja johtaminen on enenevässä määrin valmentamista. (Maijala 2019, 13–14.) Päivitetty IASP:n määritelmä ohjaa sairaanhoitajia keskittymään kivunhoitotyössä kivunhoidon arviointiin, potilaiden hyvään kivunhoitoon ja optimaalisen kivunhallintastrategian toteuttamiseen. Tulevaisuuden kivunhallinnan tavoite tukee monitieteistä, biopsykososiaalista potilaiden hoitomallia, jonka keskiössä on potilaan kokonaisvaltainen hoito. (Sonneborn & Williams 2020, 27.)

## 2.2 Ammatillinen kehittyminen

Sairanhoitajien työkokemus ja koulutus parantavat kipuun ja kivunhoitoon liittyvää tietoa ja asenteita ja näin ollen hoidon laatu paranee (Brant ym. 2017, 222; Lewthwaite ym. 2011, 251). Tähän vaikuttavat myös koulutuksen taso ja erikoistuminen. (Moceri & Drevdahl 2014, 9). Vaikka hoitajilla on tietoa kivun arvioinnista ja potilasohjauksesta, niin kuitenkin nämä eivät toteudu käytäntöjen mukaan (Hotus-hoitosuositus 2013, 21–22).

Jatkuvaa koulutusta kivunhoidosta terveydenhuoltohenkilöstölle tarvitaan (Hotus-hoitosuositus, 21–22). Yksittäisen koulutuksen jälkeen kivun hoitotyön kirjaaminen paranee, kipua arvioidaan useammin kipumittarin avulla ja potilaiden kivun voimakkuus on matalampi, kipulääkkeiden käyttö lisääntyy ja kivun arviointia kirjataan useammin. Potilaiden kipuun kiinnitetään enemmän huomiota ja asenteet muuttuvat kivunhoitoa tukeviksi. Henkilökunnan tehokkaalla koulutuksella ja potilasohjauksella on vaikutusta myös leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin ja haittavaikutuksiin kuten pahoinvointiin. Jatkuvalle koulutukselle vaikutetaan kivunhoitoon liittyvään käytökseen, tietoon ja asenteisiin. (Hotus-hoitosuositus 2013, 21–22.)

Sairanhoitajien jatkokoulutus ja erikoistuminen ovat tärkeää kivunhoitotyössä, jotta potilaille voidaan tarjota turvallista, ajantasaista ja näyttöön perustuvaa ja tehokasta hoitoa. Laaja kivunhoitokoulutus, johon sisältyy myös kulttuurisia osa-alueita voisi johtaa tiedon soveltamista tehokkaammin potilastyöhön. (Utne, Småstuen, Nyblin 2019, 683.) Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian mukaan työnantajan on huolehdittava henkilöstön täydennyskoulutuksesta ja osaamisen varmistamisesta. Turvallisen hoidon toteutumiseen tarvitaan osaavaa, koulutautunutta henkilökuntaa riittävästi. On varmistettava, että henkilökunnalla on tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet työhön. (STM 2020, 19.)

## 2.3 Kivun hoidon potilasohjaus

Potilasohjaus on keskeistä hyvän kivunhoidon toteutumiseksi. Potilaalle täytyy antaa tietoa sairauden määrityksestä, sairaudesta, tutkimustuloksista, hoitovaihtoehtoista ja niiden hyödyistä sekä haitoista. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Potilasohjauksesta kipulääkityksen aloittaessa tulee huolehtia kirjallisesti ja suullisesti (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Tavoitteena on riittävä tieto potilaalle hänen päätöksentekonsa tukena. Potilasohjauksen tulee olla moniammatillista. (Hotus-hoitosuositus 2013, 6, 22.) Potilaan ja hänen läheistensä tulee saada tietoa kivunhoidon tavoitteista ja odotuksista, lääkityksestä ja haitoista sekä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä (Quinlan-Colwell 2014, 94).

Potilasohjauksen on toteuduttava ymmärrettävästi potilaan omalla äidinkielellä. Hyvän potilasohjauksen tavoitteena on tiedon saamisen lisäksi pelon ja ahdistuksen vähentäminen sekä kivunhoidon laadun paraneminen. Kun potilas ja hänen läheisensä saavat riittävästi tietoa, se parantaa myös hoitoon sitoutumista sekä edistää paranemista. (Hotus-hoitosuositus 2013, 6.) Kivun tunnistamiseen liittyvät myös potilaan taustatiedot. Masennus, ahdistus, pelko, sukupuoli, toimenpiteen luonne ja potilaan aiemmat kipukokemukset vaikuttavat kivun kokemiseen ja arviointiin. (Hotus-hoitosuositus 2013, 24.)

Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen kivunhoidossa on välttämätöntä (Hotus-hoitosuositus 2013, 22). Hoitotyöntekijöiden rooli on moniammatillisen tiimin jäsenenä tasavertainen ja toimintaa kehitetään moniammatillisesti yhdessä asiakkaiden kanssa (KYS 2017, 12). Moniammatillisen yhteistyön tehostaminen parantaa kivunhoidon laatua. Myös tutkittuun tietoon perustuvan ja monitieteellisen ajattelutavan soveltaminen käytäntöön parantavat kivunhoidon laatua. Näyttöön perustuvan tiedon vieminen käytäntöön ja potilaan hoitopolun kuvaamisella on parantava vaikutus kivun arviointikäytäntöihin ja henkilökunnan asenteisiin tutkimustietoa kohtaan. (Hotus-hoitosuositus 2013, 22.)

## 2.4 Turvallinen kivunhoito

Potilasturvallisuus on kaikkien sairaalan työntekijöiden yhteinen asia. Omalla toiminnalla tulee edistää potilasturvallisuutta. Myös potilaita kannustetaan osallistumaan potilasturvallisuuden kehittämiseen. Potilasturvallisuuden toteutumiseen on käytössä eri mittareita, jotka auttavat raportoimaan ja kehittämään potilasturvallisuutta. (KYS 2017, 10.) STM on julkaissut potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian vuosille 2017–2021. Uusi strategia vuosille 2022–2026 julkaistaan alkuvuodesta 2022. Tavoitteena on parantaa palveluiden laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Potilas- ja asiakasturvallisuus sisältävät hyvän hoidon ja palvelun. Hoidon on tuettava fyysistä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä hyvinvointia. Hoidosta pitäisi tulla mahdollisimman vähän haittaa. (STM 2017, 12). Kommunikaatio potilaan ja hoitajan välillä on avainasemassa potilasturvallisuudessa. Hyvä dialogi perioperatiivisessa hoitotyössä, potilaan ja hoitajan välillä parantavat potilaan hoitoa. Hyvällä vuorovaikutuksella hoitajan ja potilaan välillä on vaikutusta potilastyytyväisyyteen sekä potilasturvallisuuteen. (Pulkinen, Junttila, Lindwall 2016, 152.)

HaiPro-raportointityökalu (Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointi) on tärkeä osa potilasturvallisuuden kehittämistä. HaiPro-järjestelmällä pyritään parantamaan potilasturvallisuutta ja

organisaation toimintaa. Vuosina 2007–2009 Haipro järjestelmään Suomessa on tehty 67 215 ilmoitusta. (Ruuhilehto ym. 2011.) Vuoteen 2018 mennessä ilmoituksia oli tehty yli miljoona (Rauhala ym. 2018) ja viimeisimmän tiedon mukaan suomessa on tehty jo yli 2 miljoonaa Haipro ilmoitusta (Wallenius 2021). Suurin osa ilmoitukseen johtaneista syistä ovat lääkkeisiin tai lääkitysprosessiin liittyviä, yleisin virhe lääkityksessä on kirjaamiseen, lääkkeen jakamiseen tai lääkitysprosessiin liittyvä. Tiedonsiirtymiseen, niin suullisesti kuin kirjallisesti ja tapaturmiin liittyvien vaaratapahtumailmoitusten osuus on 25 %. Kansainvälisten selvitysten mukaan jopa 10 % sairaalapotilaista altistuu haittatapahtumalle sairaalajakson aikana. (Ruuhilehto ym. 2011.)

### 3 KIVUN MONINAISUUS

#### 3.1 Kivun luokittelu ja esiintyvyys

Kivun luokittelussa käytetään erilaisia luokittelutapoja tai diagnoosiluokituksia. Kipua voidaan luokitella kivun mekanismin, keston, ajallisen luonteen, sijainnin ja elinjärjestelmän mukaan tai kivun aiheuttajan esimerkiksi syöpäkivun tai leikkauskivun mukaan. (Hamunen, Karlsson, Vainio 2018, 1.) Mekanismissesti kipua voidaan jakaa eri tyyppisiin (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Nosiseptista kipua eli kudonsvauriokipua esiintyy esimerkiksi lihas-, nivel- ja luustokipuja aiheuttavien sairauksien tai vammojen yhteydessä. Kudonsvauriokipua on esimerkiksi syöpäkipu, johon ei liity hermovauriota. Viskeraalinen kipu syntyy sisäelimiä hermottavien hermosäikeiden aktivoimisesta, jotka kuuluvat autonomiseen hermostoon (esimerkiksi sappi- haima- ja virtsatiekiput). (Hamunen ym. 2018, 2.) Neuroopaattisessa kivussa, eli hermovauriokivussa kipu tulee hermojärjestelmästä. Piirteinä neuroopaattiselle kivulle ovat tuntohäiriöt, pistely, polttelu ja epänormaali tuntemukset. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Jos kivulle ei ole selittävää kudons- tai hermovauriota ja mekanismi on tuntematon sekä kipuun voi liittyä psykososiaaliset tekijät, autonomisen hermoston sekä kivunvälitysjärjestelmän herkyminen, kipua voidaan kuvata idiopaattiseksi kivuksi (Hamunen ym. 2018, 3).

Kestoltaan alle yksi kuukautta kestänyt kipu luokitellaan akuutiksi kivuksi. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Akuutissa kivussa yleensä kivun alkamisella on selvä syy-yhteys vammaan tai sairauteen (Hamunen ym. 2018, 2). Käypä hoidon määrittelyn mukaan 1–3 kuukautta kestänyt kipu luokitellaan subakuutiksi kivuksi (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017), kun taas toisen määrittelyn mukaan subakuutti kipu kestää 2–3 kuukautta yleensä joko vamman tai sairauden aiheuttamana. (Hamunen ym. 2018, 2). Yli kolme kuukautta kestänyt kipu määritellään krooniseksi kivuksi. Krooninen kipuoireyhtymä on pitkittynyt kiputilanne, jota ei selitä fysiologinen prosessi eikä fyysinen häiriö. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Krooninen kipu on pitkittynyt kipu, joka kestää pidempään kuin vamman tai sairauden paraneminen. Myös lyhytkestoinen, toistuva kipu voidaan määrittellä krooniseksi kivuksi, kuten migreeni. Läpilyöntikipu kuvaa lyhytkestoista ohimenevää kipua pitkäaikaisen kivun yhteydessä, esimerkiksi syöpäkivussa. (Hamunen ym. 2018, 2.)

Kipua kokevat kaikkien erikoisalojen potilaat (Dix, Sandhar, Murdoch, MacIntyre 2004, 236). Kroonista kipua kokevat 19 % eurooppalaisista aikuisista. Suomessa jopa yli 35 % on kokenut yli 3 kuukautta kestänyttä kipua, päivittäistä ja kroonista kipua on kokenut 14 % suomalaisesta aikuisväestöstä. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Krooninen kipu on yleistä iäkkäillä potilailla. Kipua esiintyy 25 % -50 %:lla hoivakodeissa asuvilla ja jopa 75 %:lla potilailla, joiden keski-ikä on 75-vuotta. (Dräger ym. 2017, 1534.) Syöpää sairastavilla potilailla, syövän ensimmäisen vuoden aikana kipua on 28–32 %:lla ja palliatiivisen hoidon vaiheessa syöpää sairastavista potilaista kipua kokevat 35–96 % potilaista (Kalso 2013; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Kohtalaista tai vaikeaa kipua kokee leikkauksen jälkeen 20–80 % potilaista (Lorentzen, Hermansen, Botti 2011, 278). Kipu vaikuttaa väistämättä elämänlaatuun, niin fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten alueiden osalta. Kipu voi vaikuttaa ruokahalun heikkenemiseen, unihäiriöihin, psyykkiseen tilanteeseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. (Dräger ym. 2017, 1534.)

### 3.2 Leikkauksen jälkeinen kipu

Tehokas leikkauksen jälkeinen kivunhoito on tärkeä osa hyvän hoidon laatua (Abdalahim ym. 2011, 250). Kivun akuutti, tehokas hoito on tärkeää esimerkiksi kivun kroonistumisen ehkäisemiseksi. Jos kipua ei akuutisti hoideta, voi hoitamaton neuropaattinen kipu saada rakenteellisia tai toiminnallisia muutoksia kipuradoissa ja nämä voivat jäädä pysyviksi. (Hotus-hoitosuositus 2013, 3.) Potilaat kokivat kotona toimenpiteen jälkeen kohtalaista, kovaa tai erittäin kovaa kipua (Hotus-hoitosuositus 2013, 23). Akuutti, leikkaukseen liittyvä kipu voi pitkittyä 10–50 %:lla potilaista, vaikeasti hoidettava krooninen kiputila kehittyy näistä 2–10 %:lle potilaista. Osa näistä kivuista on neuropaattista kipua. Yleensä akuutti leikkauksen yhteydessä tullut kipu on kudonsvauriokipua. Kivun voimakkuuden kokemiseen liittyy myös muita kuin fyysisiä tekijöitä, kuten masennus, ahdistus ja pelko. (Hotus-hoitosuositus 2013, 3.) Huonosti hallittu leikkauksen jälkeinen kipu aiheuttaa fysiologisia ja psyykkisiä ongelmia potilaille ja kroonisen kivun kehittymisen riski kasvaa. Vaikka kivunhallintamenetelmät ovat kehittyneet, silti potilaat kärsivät leikkauksen jälkeisestä kivusta tarpeettomasti (Abdalahim ym. 2011, 250.)

Liitännäissairauksilla on tutkittu olevan vaikutuksia kipuun ja leikkaukseen liittyviin komplikaatioihin ja sairaalajaksojen pidentymiseen polven tekonivelleikkauksen yhteydessä. Näitä liitännäissairauksia on sydän- ja verisuonisairaudet, munuaissairaudet, krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet, diabetes ja sidekudossairaudet. Psyykkisistä tekijöistä masennuksella ja ahdistuneisuudella on yhteys kivun kokemiseen ja kipuun. Koska riski tiedostetaan, potilaille tulee tiedottaa ennen leikkausta riskistä altistua kohtalaiseen tai vaikeaan kipuun. Jatkossa tulee tutkia lisää psyykkisten tekijöiden riskiä, koska niiden varhainen tunnistaminen ja optimaalinen hoito vähentävät krooniseen kipuun sairastumisen riskiä. (Singh & Lewallen 2013, 916, 921–922.)

APS-tiimin toiminta on tärkeä osa leikkaukseen liittyvän eli perioperatiivisen kivun hoidossa (Hotus-hoitosuositus 2013, 22). Perioperatiiviseen hoitotyöhön on kehitetty perioperatiivisen dialogin malli spinaalipuudutuksen aikana, jossa dialoginen keskustelu potilaan ja hoitavan henkilöstön välillä käydään kussakin perioperatiivisen hoidon vaiheessa. Tämä malli luo potilaan hoitoon jatkuvuutta sekä mahdollistaa potilasta hoitavan anestesia- ja -hoitajan sekä leikkaussalihoitajan osallistumisen perioperatiivisen hoidon prosessiin. Mallin tavoitteena on vähentää potilaan kärsimystä ja parantaa potilaan elämänlaatua sekä myös se, että potilas muistaa tapahtuman positiivisena. Hoito on yksilöllistä, potilas osallistuu omaan hoitoonsa ja saa tunteen välittävistä kohtaamisista. Hoitajalle tämä luo uudenlaisen mallin osallistua laajemmin potilaan hoitoon. Potilaat kokevat usein kipua, ahdistusta ja pelkoa ennen leikkausta. Hoitohenkilökunnan kanssa dialoginen keskustelu lievittää oireita ja hoitaja saa tietoa potilaan aiemmista kokemuksista. Potilas saa tietoa esimerkiksi kivunhoidosta ja rauhoittamisesta leikkauksen aikana. Jatkuvuus hoidon eri vaiheissa tuo turvaa potilaalle ja ainutlaatuisuuden tunnetta. Perioperatiivinen dialogi mahdollisesti parantaa potilastyytyväisyyttä ja potilas-turvallisuutta. (Pulkinen ym. 2016, 145, 146, 149, 152.)

### 3.3 Krooninen kipu

Krooninen kipu on ihmiselle toimintakykyä rajoittava ja kärsimystä aiheuttava vaiva (Hotus-hoitosuositus 2013, 3). American Chronic Pain Associationin mukaan krooninen kipu on jatkuva tai toistuva kipu, joka kestää tavallista pidempään, yli kolme kuukautta, akuutin sairauden tai vamman seurauksena ja vaikuttaa yksilön hyvinvointiin. Toisin sanoen kipu jatkuu edelleen, vaikka aiheuttaja olisi hoidettu. Hoitamaton akuutti kipu voi olla yksi kroonisen kivun aiheuttaja eri sairauksien ja kirurgisten toimenpiteiden lisäksi. (Hill, Koch, Rumrill 2018, 322.)

Kroonisen kivun syntyyn vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. (Hotus-hoitosuositus 2013, 3.) Krooniseen kipuun liittyy samanaikaisesti niin fyysiset kuin psyykkiset tekijät, kuten esimerkiksi ahdistuneisuus ja masennus (Puurunen ym. 2020). Kroonisen kivun ja masennuksen yhteys on vakiintunut kirjallisuudessa. Tämä on moninaista ja hoidossa on otettava huomioon kokonaisuus, mukaan lukien ympäristötekijät, neurobiologia ja kognitiiviset vaikutukset. (Goesling, Clauw, Hassett 2013.) Huolimatta kroonisen kivun vakavuudesta, laajuudesta ja sen mahdollisista vaikutuksista psyykkiseen hyvinvointiin se on usein väärinymmärretty ja vähätelty vaiva, myös terveydenhuollon ammattilaisten osalta. Tämä vaikuttaa henkilön asianmukaisen diagnoosin, hoidon ja kuntoutuksen saamiseen. (Hill ym. 2018, 321–322.)

Useat tutkimukset osoittavat, että kroonista kipua sairastavat hyötyvät ehdottomasti laajasta monialaisesta psykososiaalisesta tuesta. Jotta kroonisen kivun hoito potilaalle olisi laadukasta, tarvitsemme moniammatillista tiimiä hoitamaan yhteistyöllä potilaita. Potilaan hoito paranee ja sillä on myös yhteiskunnallisesti kustannustehokkaita vaikutuksia. (Varsi, ym. 2021, 2.) Yhtenä hoitomuotona kroonista kipua sairastaville käytetään neuromodulaatiohoitoa eli selkäydinstimulaatiohoitoa. Hoito on tarkoitettu valituille potilaille, joilla on vaikea refraktorinen neuropaattinen kipu. Hoitoon soveltuville potilaille on saatu hyviä hoitotuloksia. (Puurunen ym. 2020.)

Krooninen kipu on yleinen syy hakeutua terveydenhuoltopalveluiden piiriin. Krooninen kipu on merkittävä hyvinvointiin ja terveyteen liittyvä tekijä niin yksilöllisesti kuin yhteiskunnallisesti. Fyysisten oireiden lisäksi krooniseen kipuun liittyy psykologisia haasteita, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta ja yleistä elämänlaadun heikkenemistä. Kroonisen kivun oireiden moninaisuuden vuoksi henkilö tarvitsee seurantaan usealta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarjoajalta. Toisaalta kroonista kipua sairastavilla on myös havaittu vahva yhteys terveydenhuollon palveluiden käyttöön. Tämän hetken tiedon mukaan kroonista kipua sairastavat eivät ole säännöllisten palveluiden piirissä tai pääsevät harvoin lääkärin vastaanotolle ja lisäksi jonotusajat ovat pitkät erikoislääkärin vastaanotolle. Kroonisen kivun osaajista on pulaa ja he eivät ole kaikkien potilaiden saatavilla sekä resurssit ovat niukat. (Varsi ym. 2021, 2.)

Useat myytit vaikuttavat käsityksiin kroonisesta kivusta kärsivistä henkilöistä. Myytit vaikuttavat fyysisiin psykososiaalsiin, koulutuksellisiin ja ammatillisiin asioihin kroonista kipua sairastavalla. Voi olla esimerkiksi uskomuksia, että kroonista kipua kokevaa henkilöä pidetään lääkkeiden väärinkäyttäjänä, huomionhakuksena tai luulosairaana tai työhön haluttomana. Myös uskomus siitä, että jos lääkäri ei pysty määrittämään diagnoosia kivun aiheuttajaan, kipua ei voi olla. Samoin se, että jos ulkoisesti kipu ei näy niin sitä ei voi olla. Oikealla diagnoosilla ja hoidolla estettäisiin myyttien syntyminen. (Hill ym. 2018, 323.)

Kroonisella kivulla on myös merkittävä yhteiskunnallinen taloudellinen vaikutus, koska krooninen kipu johtaa yleensä sairauslomiin ja työttömyyteen (Varsi ym. 2021, 2). Syynä tälle on muun muassa kroonisen kivun vaikeahoitoisuus ja jatkohoitoon siirtymisen viivästyminen, etenkin leikkauksenhoidon yhteydessä tullessa kivun kroonistumisessa (Hotus-hoitosuositus 2013, 3). Kroonisen kivun hoitotyön osaajia on puutteellisesti. Lääketieteen lisäksi tarvitaan moniammatillisuutta, jotta potilaat saavat hyvää hoitoa. Tarvitaan lisää koulutusta ja osaamista hoitotyöntekijöille, jotka hoitavat kroonista kipua sairastavia potilaita. (Fernandez-Castillo, Gil-Garcia, Vazquez-Santiago, Barrientos-Trigo 2020, 958.) Terveystieteiden ammattilaisilla on eettinen vastuu hoitaa kroonista kipua sairastavia yhtä laadukkaasti kuin mitä tahansa sairautta. On oltava osaamista, tietoa ja taitoa kroonisesta kivusta sekä siihen liittyvistä psykososiaalisista seurauksista. (Hill ym. 2018, 329.)

### 3.4 Ikääntymiseen liittyvä kipu

Krooninen kipu on merkittävä terveysongelma ikääntyneiden keskuudessa, niin avohoidossa kuin hoitokodeissa (Gudmannsdottir & Halldorsdottir 2009, 317). Ikääntymisen myötä kivun ilmaantuvuus lisääntyy. Tähän vaikuttavat muun muassa lisääntyneet krooniset sairaudet ja niihin liittyvät komplikaatiot. Kroonista neuropaattista kipua sairastavista yli puolet on yli 65-vuotiaita. (Kalso 2018.) Ikääntymisen myötä riski myös Tuki- ja liikuntaelin (tules) kivulle kasvaa (Gillsjö, Nässen, Berglund 2021, 55). Tules-kivut ovat yleisiä yli 65-vuotiailla. Pitkäaikainen tuki- ja liikuntaelinkipu on merkittävä, vammauttava ja usein alihoidettu terveysongelma. Jopa 84 % yli 65-vuotiaista kärsii tules-kivuista, jossain elämänvaiheessa ja noin 25 %:lla kipu on pitkäaikaista. (Nicolson ym. 2021, 273.)

On todettu, että kipu on yhteydessä yksinäisyyteen ja riittämättömään sosiaaliseen tukeen (Nicolson ym. 2021, 273). Myös tunne, ettei kipua oteta vakavasti lisää kivun tuottamaa kärsimystä (Gillsjö ym. 2021, 55). Hoidossa on otettava huomioon fyysisten ja psyykkisten oireiden lisäksi myös sosiaaliset vaikutukset (Nicolson ym. 2021, 273). Hoidon tarve on kartoitettava kokonaisvaltaisesti, niin että hoito edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia, lievittää kärsimystä ja tukee hyvää elämää, tules-kivusta huolimatta (Gillsjö ym. 2021, 61). On otettava huomioon, että esimerkiksi masennus, sosiaalinen asema tai läheisen menetys voivat ilmetä kipuna. Osana ikääntyvän väestön kivunhoitoa on huomioitava fyysisen aktiivisuuden lisääminen sekä yhteisöllisyyden tukeminen. (Kalso 2018.)

Iän myötä hermoston toiminta heikkenee, dementia muuttaa kivun kokemusta ja tuo omat haasteet esimerkiksi kivun ilmaisusta hoitohenkilökunnalle (Kalso 2018). Dementiaa sairastavien elämänlaadun ja terveyden parantamiseksi tulee kipua aktiivisesti seurata, arvioida ja hoitaa. Jos potilas ei itse pysty arvioimaan kipua, niin kipua tulee mitata muilla keinoin. Havainnoidessa tulee käyttää hoitopaikassa valikoitua validoitua mittaria. (Hadjistavropoulos ym. 2014, 1222.) Tutkimus osoittaa, että sairaanhoitajat kohtaavat vaativia haasteita dementiaa sairastavien potilaiden kivunhoidossa. Yksi tekijöistä on haastava kommunikointi, joka johtaa epävarmaan kivun arviointiin. Tämä voi aiheuttaa vaikeuksia erottaa kipu ahdistuksesta. Dementiaa sairastavien läheiset voivat olla isossa roolissa kivun tulkitsemisessa. Myös hoitohenkilökunnan kokemus, koulutus ja resurssit lisäävät dementiaa sairastavien hyvää kivunhoitoa. (Lundin & Godskesen 2021, 2,9.) Vaikka kroonisen kivun esiintyvyys

iäkkäillä ihmisillä on korkea, silti sen hoito ei ole riittävää, etenkin hoitokodeissa. Tämän ratkaisemiseksi tarvitaan hoitajien ja lääkäreiden säännöllistä kouluttautumista ja pitkäaikaista suunnitelmaa onnistuneen kivun hoidon toteutumiseksi. (Dräger ym. 2017, 1534.)

### 3.5 Syöpäkipu

Kipu on yksi syöpää sairastavien potilaiden pelätyimmistä ja rasittavimmista oireista (Utne, Småstuen, Nyblin 2019, 677). Syöpäsairauksissa kaikki kipu tulee hoitaa viiveettä. Hoitamaton kipu vaikuttaa elämänlaatuun, eliniän odotteeseen ja se voi hoitamattomana kroonistua. (George, ym. 2019, 3106; Boya ym. 2019, 839.) Hoitamaton kipu on myös taloudellisesti syövänhoidossa kalleimpia oireita. Kipua esiintyy 39–66 %:lla syöpää sairastavilla potilailla ja lisääntyy taudin viimeisissä vaiheissa. (Bouya ym. 2019, 839.) Kipua esiintyy lähes 40 %:lla parantavaa hoitoa saavilla syöpää sairastavilla potilailla, 55 %:lla hoitoa saavista potilaista ja yli 60 %:lla potilaista, jotka sairastavat uusiutunutta syöpää. Yli puolet syöpää sairastavista kokevat kipua sairaalahoidon aikana. Joka kolmas syöpää sairastavista, joilla on vaikeaa kipua, eivät käytä opioideja. (Utne ym. 2019, 677.) Hoidon edistymisestä huolimatta syöpäkipu on edelleen aliarvioitu ja alihoidettu vaiva (George ym. 2019, 3105).

Sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa syöpää sairastavien potilaiden hoidossa. Sairaanhoitajat viettävät enemmän aikaa potilaan kanssa kuin muut terveydenhuollon ammattilaiset. Sairaanhoitaja tunnistaa ja arvioi kivunhoidon hoidon tarvetta ja vaikutusta. Sairaanhoitajat toimivat moniammatillisen työryhmän jäsenenä ja raportoivat kivunhoidon tarpeesta ja vaikutuksista lääkäreille. (Utne ym. 2019, 677.)

Syöpää sairastavan potilaan kipu on yleensä monimutkaista ja kivulle voi olla useita eri syitä. Syöpäkipun hoidossa sairaanhoitajalla on oltava hyvät tiedot, taidot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. (Utne ym. 2019, 677.) Riittämätön kivunhoito voi johtaa tarpeettomaan kärsimykseen ja heikentää elämänlaatua. Esimerkiksi riittämätön kivun arviointi ja puutteellinen tieto kivun hallinnasta voivat olla syinä riittämättömään syöpäkipun hoitoon. Muita terveydenhuollon esteitä voivat olla sairaanhoitajien pelko haittavaikutuksista, opioidi riippuvuuden pelko tai sairaanhoitajien haluttomuus antaa opioideja. (Utne ym. 2019, 677.) Syöpäkipunhoito on moniammatillista. Kivun hoitoon tulisi osallistua terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös potilas ja hänen läheisensä. (George, ym. 2019, 3113).

### 3.6 Palliatiivisen hoidon vaiheessa olevan potilaan kipu

Kipu on yleinen ja yksi pelätyimmistä oireista kuolemaan johtavissa sairauksissa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus 2019; Vainio & Vuorinen 2015). Kivunhoitoa suunniteltaessa tulee arvioida kivun sijainti, luonne ja voimakkuus sekä vaikutus potilaan toimintakykyyn. Kivun hoidon tavoitteena palliatiivisen potilaan hoidossa on löytää potilaalle riittävän tehokas opioidiannos ja pitää lääkityksen haittavaikutukset hallinnassa. Kipulääkitystä tulee tehostaa portaittain. (Heiskanen, Hamunen, Hirvonen 2013.)



Palliativisen hoidon vaiheessa on tärkeää arvioida kivun lisäksi myös muita oireita. Kipu voi ilmetä myös taustalla olevan ahdistuneisuuden, masennuksen tai kuoleman pelon oireena. On otettava huomioon, että potilaan on helpompi kertoa somaattisista oireista kuin esimerkiksi ahdistuneisuudesta kuin masennuksesta. (Vainio & Vuorinen 2015.) Kipua esiintyy palliativisen vaiheen potilailla syöpäsairauksissa 35–96 %:lla, sydänsairauksissa 41–77 %:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77 %:lla ja munuaissairauksissa 47–50 %:lla (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus 2019).

Total Pain -käsite on käytetty palliativisen vaiheen potilaiden hoidon yhteydessä. Total pain on kokonaisvaltaista kipua, joka käsittää fyysisen kivun lisäksi sairauden aiheuttaman kärsimyksen ja tunteisiin vaikuttavan kokemuksen ilman kehollista tuntemusta. Fyysinen kipu on erotettavissa, mutta laajempi Total pain käsittää subjektiivisen kokemuksen, johon liittyvät myös elämäntilanne – ja historia, persoonallisuus ja odotukset. Kuolemaa lähestyvillä ihmisillä Total painin mittavuuden näkee selkeämmin. (Hänninen 2015.) Potilaan nykytilanne ja eletty elämä vaikuttavat kipuun (Tasmuth 2019, 540). Fyysinen kipu siis voi olla vain osa kokonaiskärsimystä, joka tulee näkyväksi fyysisenä kipuna. Toisaalta kipu tunnetaan voimakkaampana ahdistuneena ja pelokkaana. (Hänninen 2015.) Kokonaiskivun moninaisuus ja kärsimys, joka käsittää fyysisen psyykkisen ja henkisen tilanteen, on arvioitava ja hoidettava tehokkaasti (Malhotra ym. 2020).

### 3.7 Eksistentiaalinen kipu

Eksistentiaalisuus tarkoittaa olemassaoloon ja merkityksellisyyteen sekä merkityksettömyyteen liittyviä kokemuksia. Eksistentiaaliset tarpeet ovat olemassaoloon liittyviä tarpeita. Eksistentiaalinen kärsimys on ahdistuksena ja tuskaisuutena ilmenevä kokemus, jolle ei löydy konkreettista syytä ympäristöstä, kehosta tai mielestä. (Sipola, Pöyhä, Anttonen, Pajunen 2021, 14.) Eksistentiaaliset tekijät liitetään useasti loppuelämän hoitoon, mutta tällä on suuri merkitys myös esimerkiksi kroonisen kivun hoidossa. Eksistentiaaliset tekijät on viime aikoina yhdistetty merkittävään rooliin stressin sietämisen ja stressistä selviytymisen tekijänä. Fyysinen-, psyykinen ja krooniseen kipuun liittyvä kärsimys voi vähentää ihmisen kykyä selviytyä oireista ja näin ollen johtaa eksistentiaaliseen kärsimykseen. Tutkimusten mukaan henkiset selviytymismuodot ehkäisevät masennuksen syntyä esimerkiksi kroonisissa sairauksissa. Nämä voivat johtua positiivisesta vaikutuksesta tunteiden käsittelyssä sekä sosiaalinen tuki, henkinen yhteys, rauha ja vähentynyt psyykinen stressi vaikuttavat positiivisesti mielialaan. Mielialan paranemisella voi olla kipua vähentävä merkitys. Tutkimus osoittaa, että eksistentiaaliset ja henkiset tekijät olisi otettava osaksi kivun arviointia ja hoitoa. (McCabe, Murray, Austin, Siddall 2018, 163–164.)

Eksistentiaalista kipua esiintyy muun muassa ikääntyvien ihmisten keskuudessa hoitokodeissa. Tämä on heikosti tunnistettavaa. Terveystieteiden ammattilaisten toimesta järjestelmällisesti ja moniammatillisesti tulisi arvioida eksistentiaalisen kivun mahdollisuutta. Hoitosuhteen luominen on avainasemassa, tarvitaan vuorovaikutusta ja kuuntelemista. Eksistentiaalisen kivun tutkimusta tarvitaan lisää etenkin kroonisen kivun yhteydessä. Hoitokoteihin terveydenhuollon missio voi olla vastata asukkaiden eksistentiaaliseen kipuun ja kärsimykseen ja tarjota laadukasta yksilöllistä kivunhallintaa ja osoittaa välittämistä vahvistaa potilaiden minäkuvaa ja näin lisätä toivoa terveyttä ja hyvinvointia.

On tunnistettava voimavaranlähteet ja tuettava niitä. Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus saavuttavat laadukasta kivunhoitoa, johon on otettu huomioon eksistentiaaliset ja eksistentiaalisen kärsimyksen näkökulmat. (Gudmannsdottir & Halldorsdottir 2009, 325–326.)

## 4 KIVUN ARVIOINTI JA HOITOMENETELMÄT

Kivun hoito perustuu hoitotyön prosessin mukaisesti kivunhoidon tarpeen määrittelyyn, toteuttamiseen ja arviointiin. Potilaan oma arvio kivustaan on kivunhoidon lähtökohta. Hoitosuunnitelmaa on tarkistettava säännöllisesti, jotta potilaan hyvä kivunhoito toteutuu. Kipua arvioidaan säännöllisesti ja se ohjaa valitsemaan oikein hoitomenetelmän, lääkehoidon tai muun hoitotyön auttamismenetelmän. (Hotus-hoitosuositus 2013, 5–6.) Kivun hoito ja kuntoutus on arvioitava perusteellisesti potilaan kivun ja kokonaistilanteen mukaan (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Hoitotyöntekijät ovat keskeisessä roolissa koko kivunhoitoprosessin ajan (Brant ym. 2017, 215; Hotus-hoitosuositus 2013).

Hoito valikoituu esimerkiksi kivun syyn mukaan lääkkeettömiin ja lääkkeellisiin keinoihin. Kipupotilaan kanssa on tehtävä hoitosuunnitelma jatkohoidon osalta. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Tähän sisältyy ohjaaminen, kivun arviointi ja kivun hoidon onnistumisen arviointi, hoitotyön auttamiskeinot ja kirjaaminen. Lääkäri vastaa kivunhoidon osalta potilaan lääkehoidosta ja hoitosuunnitelmasta. (Hotus-hoitosuositus 2013.) Kipu on moniulotteista ja hyvän kivunhoidon toteutumiseen tarvitaan moniammatillisuutta. Lääkäreiden ja hoitajien lisäksi tarvitaan kivunhoidon erityisosaajia ja esimerkiksi erityistyöntekijöitä, fysioterapeuttia, toimintaterapeuttia, sairaalateologia, mutta joskus myös eettisen ryhmän jäseniä. (Quinlan-Colwell 2014, 94.) Potilaan vointia on seurattava kivun hoidon aikana jatkuvasti lääkityksen haittavaikutuksien varalta sekä kipua on arvioitava säännöllisesti. Kivunhoidon jatkuvuus tulee turvata potilaalle. Tiedon siirtyminen potilaan toimenpiteen jälkeen jatkohoitopaikkaan, kotihoito-ohjeet, kipulääkitysohjeet ja yhteystiedot, minne ottaa yhteyttä on turvattava laadukkaan kivunhoidon toteutumiseksi. (Hotus-hoitosuositus 2013, 20, 23.)

Potilastyytyväisyyttä potilaiden saamaan kivunhoitoon tulisi kartoittaa säännöllisesti, jotta kivunhoidon toteutumisen laatua voidaan mitata. Potilaiden kokemusten mukaan kipu on voimakkaampaa kuin potilaat ovat olettaneet. Potilaat arvioivat kivunhoidon laadun alhaisemmaksi verrattuna hoitajien tekemään arvioon. Tutkimuksessa arviointiin kivunhoidon laatua myös vuorovaikutuksen, toiminnan, luottamuksen ja ympäristön näkökulmasta. (Hotus-hoitosuositus 2013, 21, 22.)

### 4.1 Kivun systemaattinen arviointi ja kirjaaminen hoitotyössä

Hyvän kivunhoidon toteutumiseen tarvitaan kivun säännöllistä arviointia ja kivun laadukasta kirjaamista (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019; Kontinen ym. 2012, 119). Kipua tulee mitata ja kirjata potilaskohtaisesti vähintään kerran työvuoron aikana. Lisäksi kipua mitataan ja kirjataan aina tarvittaessa, kuten silloin kun potilaalla ilmenee kipua ja kivun hoitomenetelmän jälkeen sopivan ajan kuluttua uudelleen. (Kontinen ym. 2012, 119.)

Kivunhoidon lähtökohtana on potilaan oma kokemus. Kivunarvioinnin tulee perustua potilaan omaan arvioon kivusta aina kun se on mahdollista. (Kalso 2018; Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Kivun voimakkuuden lisäksi on kysyttävä potilaan kuvaus kivun laadusta, sijainnista ja tehdä havaintoa potilaan kipukäyttymisestä. Potilaan tulisi itse valita kivun voimakkuuteen käytettävä kipumittari. (Hotus-hoitosuositus 2013, 24.) Kivun mittaamisessa yleisesti käytetty mittari on VAS (visual analogue scale) -mittari. Mittari on janamuodossa, johon potilas merkitsee kivun voimakkuutta kuvaavan kohdan. Vasen reuna kuvaa, ettei potilaalla ole lainkaan kipua ja oikea reuna kipua, joka on pahin

mahdollinen. Kipua voidaan mitata myös numeerisella asteikolla NRS (numerical rating scale) -mittarilla, sanallisella kuvailulla tai kasvokuvilla. Mittareissa yleensä kuvataan numerolla 0, ei lainkaan kipua ja 10 pahin mahdollinen kipu. (Kalso, 2018; Kipu: Käypä hoito- suositus, 2017.)

Jos potilas ei itse kykene arvioimaan kipua, esimerkiksi dementian vuoksi, silloin arvioidaan kipua voinnin muutosten perusteella. PAINAD (Pain assesment in advanced dementia) -mittari on kehitetty tällaisia tilanteita varten. Mittarilla arvioidaan hengitystä, ääntelyä, ilmeitä, kehonkieltä ja lohduttamisen tarvetta. Näillä havainnoilla saadaan 0–10 numeroarvo, joka on verrannollinen NRS mittariin. (Kalso, 2018.) Peruskipulääkityksen riittävyttä on seurattava jatkuvasti ja kivun mittaamisen lisäksi on hyvä seurata läpilyöntikipulääkityksen käyttöä vuorokausittain (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Tehohoidossa olevien potilaiden kivun arvioinnissa käytetyin mittari on CPOT (critical care pain observation tool) kivun arviointimittari, joka on myös validoitu suomeksi. Tämä mittari on tarkoitettu kommunikoimaan kykenemättömien tehohoidon potilaiden hoitoon. (Pudas-Tähkä 2018, 48–50; Kuivalainen 2021, 15.)

Kirjaamisella on tärkeä merkitys turvallisen ja tehokkaan kivunhoidon toteutumiseksi. Kivunhoitoon liittyvä potilaskohtaiset merkinnät täytyy olla hoitoon osallistuvien helposti ja järjestelmällisesti saatavilla. (Kontinen ym. 2012, 119.) Kirjaamisen täytyy olla täsmällistä ja säännöllistä. Potilasasiakirjoista tulee selvittää kivunhoitoon liittyvät päätökset sekä perustelut. Esimerkiksi kivun mittaamiseen tarkoitettu potilaan valitsema mittari tulee näkyä kirjauksista. (Hotus-hoitosuositus 2013, 20, 25.) Kivusta tulee kirjata sen voimakkuus, sen esiintymisaika, esimerkiksi onko kipu ajoittainen vai jatkuva, onko kipua liikkeessä vai levossa, lisäksi kivun luonne ja mahdolliset tuntohäiriöt sekä vaikutus toimintakykyyn. On kirjattava myös läpilyöntikivun esiintyminen. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Lääkehoidon osalta tulee täsmällisesti näkyä lääkemääräyksen tehnyt lääkäri, asema ja ajankohta, sekä kivunhoidon toteuttaja, ajankohta ja asema. Potilasasiakirjoista tulee näkyä kivunhoidon toteutustapa ja onko ilmennyt mitään erityistä, esimerkiksi haittoja, tehotomuutta tai onko potilas kieltäytynyt hoidosta. Kirjausten täytyisi toteutua vähintään kerran työvuorossa. Kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja henkilökunnan oikeusturvallisuudelle ja kivunhoidon laadun kehittämiseksi. (Hotus-hoitosuositus 2013, 6, 20–21.)

Kivunhoidon kehittämistyössä kirjaamisella on tärkeä merkitys. Tarvitaan potilas-, yksikkö-, ja toimintapidekohtaisia raportteja kivun hoidosta. Kivun hoidon vaikuttavuus ja haitat tulisi raportoida. (Kontinen ym. 2012, 119.) Organisaatiosta johtuvilla tekijöillä voi olla myös esteitä laadukkaasti kivunhoidon toteutumiseen, kuten resurssitilanne, puutteelliset lääkemääräykset tai niiden puuttuminen, kiputiimin konsultointimahdollisuuden puuttuminen tai potilaiden uskomukset tai kivunhoidosta kieltäytyminen. Kivunhoitotyössä on otettava huomioon hyvän kivunhoidon määrittely, toimintakäytännöt, kivunhoidon koulutuksen tehostaminen sekä ammattiryhmien tehtävät. Toiminnan auditoinnilla ja APS toiminnan kehittämällä sekä vastualueiden määrittelyllä on vaikuttavuutta kivunhoidon laatuun. Auditointiprosessissa arvioidaan vallitseva tilanne, tunnistetaan tutkimustietoon perustuvat käytännöt ja korjataan havaitut puutteet. (Hotus-hoitosuositus 2013, 22–23.)

## 4.2 Kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä

Kivunhoidossa ensisijaisena vaihtoehtona tulisi valita ei lääkkeettömiä hoitoja ja lääkehoito tulisi yhdistää lääkkeettömiin menetelmiin (Kipu: Käypä hoitosuositus 2017). Syöpäkivun hoidossa ja palliatiivisen vaiheen kivun hoidossa lääkehoito on yleensä välttämätöntä ja lääkehoidon lisäksi tulisi käyttää lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Lääkkeettömänä kivunhoitona voidaan käyttää fysikaalisia ja kognitiivisia hoitomenetelmiä, esimerkiksi kylmä-, asento- ja liikehoitoa. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017; Hotus 2013, 24.) Lisäksi voidaan käyttää esimerkiksi musiikkia, rentoutumismenetelmiä, huomion suuntautumista pois kivusta, ohjattua mielikuvittelua tai kofeiinia (Hotus-hoitosuositus 2013, 24).

Fysioterapian tavoitteena kivunhoidossa on toimintakyvyn parantaminen sekä terveyden ja työkyvyn edistäminen. Useissa kipua aiheuttavissa sairauksissa terapeutin harjoittelu fysioterapian osana alueena parantaa toimintakykyä. Lisäksi manuaaliset ja fysikaaliset terapiat ovat käytössä osana kivunhoitoa. (Pohjolainen 2018.) Olennaisena osana syöpäkivun hoitoon kuuluu psykososiaalinen tuki (Kalso 2016, 2125). Psykologiset menetelmät kuuluvat myös kroonisen kivun hoitoon. Psykologisilla menetelmillä pyritään vaikuttamaan potilaan kipukokemukseen, kipukäyttäytymiseen ja suhtautumiseen omaan kipuunsa ja kivun tuomiin rajoitteisiin. Käytettyjä kivunhallintakeinoja ovat esimerkiksi rentoutuminen tai mindfulness harjoittelu. Psykologiseen hoitoon potilaalla tulee olla oma motivaatio, mikä on hoidon onnistumisen edellytys. (Elomaa & Sipilä 2018.) Tutkimus mindfulnessin käytöstä palliatiivisen hoidon vaiheessa olevan kivun hoidon vähentämiseen on vast' ikään julkaistu. Menetelmänä käytettiin viiden minuutin tietoisien hengityksen tehokkuutta kivun vähentämiseen. NRS asteikon kipupisteet vähenivät potilailla heti harjoituksen jälkeen, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kuitenkin tälle potilasryhmälle lyhyt viiden minuutin mindfulness harjoitus voisi olla koikeiltavan arvoinen lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi. (Guan, Beng, Sue-Yin, Kanagasundram 2021, 83,87.)

Musiikki-interventiot ovat yksi lääkkeetön kivunhoidon menetelmä osana kivunhoitoa. Musiikin on todettu olevan hyödyksi syöpäkivun ja kroonisen kivun hoidossa sekä esimerkiksi toimenpiteen jälkeen. Hyöty perustuu ilmeisesti useisiin samanaikaisiin mekanismeihin. Musiikkiterapialla voi olla ahdistuneisuuden ja kivun lievittävä vaikutus. Musiikki voi olla osa kivunhoitoa mutta se ei korvaa yksilölliseen kipuun tarvittavaa muuta hoitoa. Musiikki voi olla myös esimerkiksi palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja hänen läheistensä yhteinen aktiviteetti ja näin tukea myös läheisten jaksamista. (Pitkaniemi, Sihvonen, Särkämö, Soinila 2020.)

Terveydenhuollon henkilöillä tulee olla riittävästi tietoa lääkkeettömistä hoitomenetelmistä, jotta niitä voi suositella potilaalle (Hotus-hoitosuositus 2013, 24). Kroonisen kivun hoidossa on todettu moniammatilliset hoitomenetelmät tärkeiksi ja tehokkaiksi. Kivunhoidon protokollat vaihtelevat, mutta yhtäläisyyttä on aktiviteetin, liikunnan, rentoutumismenetelmien ja ajatuksenhallinnan sekä kivun pahenemisen hallinnan keinoista. Kivun hallinta on tavoitteena, mutta potilaan tukeminen selviytymisessä, oman oireiden hyväksymisessä, fyysisessä -ja kognitiivisessa toiminnassa ovat yhtä tärkeitä. (McCabe ym. 2018, 163–164.) Kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi on otettava huomioon myös potilaan elämänlaadun -ja toimintakyvyn parantaminen, mikä edellyttää potilaan omaa aktiivista osallistumista omaan hoitoon (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017).

### 4.3 Kivun lääkkeellisiä hoitomenetelmiä

Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli kivun lääkehoidon toteuttajana. Lääkehoidon tulee olla suunnitelmallista, perustuen annettuihin lääkemääräyksiin ja potilaan tarpeisiin. (Hotus-hoitosuositus 2013, 24.) Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti kivun aiheuttaman sairauden, arvioinnin, kivun laadun, muiden sairauksien sekä psykososiaalisen tilanteen mukaan. Lääkehoidon tavoitteena on kivun lievitys, toimintakyvyn paraneminen ja elämänlaadun kohentaminen. Pitkäkestoisessa kivussa tulisi kipulääkkeitä käyttää säännöllisesti ja pitkävaikutteisia valmisteita suosien. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Lääkehoidolla on tärkeä osa kivunlievityksessä. Pitkäaikaisen kivun hoidossa yleensä lääkkeet ovat osa muuta kokonaisuutta. Akuutin leikkauksen-, vamman jälkeisen tai luu- ja lihasperäisen kivun hoidossa tulehduskipulääkkeet ovat sopivia lyhytaikaisessa käytössä. Tulehduskipulääkkeet sopivat myös tulehduksellisten kiputilojen hoitoon. Hermovauriooperäisiin kiputiloihin käytetään trisyklisiä ja kaksoisvaikutteisia masennuslääkkeitä ja epilepsian hoidossa käytettäviä lääkkeitä. Opioideja käytetään, mikäli muiden kipulääkkeiden teho ei ole riittävä. Opioideja tulisi käyttää mahdollisimman lyhyen aikaa, koska pitkäaikaisessa käytössä haitat korostuvat suuremmilla annoksilla ja pitkään jatkuvan käytön yhteydessä. Eri vaikutusmekanismeilla toimivia lääkkeitä voidaan käyttää yhdessä haittojen vähentämiseksi ja tehon lisäämiseksi. Tässä on otettava huomioon farmakokineettiset interaktiot. (Kalso 2018.)

Kipulääkitys on syöpäkivunhoidon perusta. Sairaanhoitajat tarvitsevat ajantasaista tietoa mitä lääkettä käytetään erityyppisiin kipuihin ja mitä haittavaikutuksia voi olla odotettavissa ja kuinka niitä hoidetaan. Keski- ja vaikean kivunhoidossa opioidit ovat tärkeä lääkeryhmä. (Utne ym. 2019, 677.) Syöpäkivunhoidossa vahvoilla opioideilla on merkittävä rooli. Terveystieteiden ammattilaisilla tulee olla osaamista syöpäkivunhoidosta ja opioidien käytöstä. (George, ym. 2019, 3113.) Vahvoilla opioideilla, kuten morfiinilla ei ole annostelurajaa. Alkuannos vahvoille opioideille määräytyy potilaan kunnan ja kivun mukaan. Jos opioidit auttavat kipuun, saadaan yleensä lisää apua annosnostolla tarvittaessa. Jos taas annosnosto ei tehosta kivunlievitystä on mietittävä muita vaihtoehtoja. Ikään-tyneet ihmiset ovat herkempiä opioidien vaikutuksille ja haitoille. (Kalso 2016, 2127.) Kuitenkin kivunhoidon periaatteet ovat samat kuin nuoremmilla, mutta aloitusannokset ovat pienempiä (Tasmuth 2019, 540).

Syöpäkivunhoidossa lääkehoito määräytyy kivun voimakkuuden mukaan ja se annetaan ensisijaisesti suun kautta ja säännöllisesti (Kalso, Heiskanen 2018; George, ym. 2019, 3106). Kipulääkityksen tulee olla yksinkertaista, tehokasta ja pyrkimys on jatkuvassa ja tasaisessa kivun lievityksessä. Lääkitys säädetään yksilöllisesti. Kivun läpilyöntikipulääkkeenä käytetään nopeavaikutteista valmistetta säännöllisen kipulääkityksen lisäksi. Haittavaikutukset tulee minimoida ja niihin tulee varautua. Kivunhoidon toteutumista tulee seurata säännöllisesti. Suurin osa kivusta on hoidettavissa yksinkertaisella lääkehoidolla, mutta tarvittaessa vaihtoehtoja hankalampiin kiputilanteisiin on olemassa useita. Suurimmalla osalla WHO:n kipuportaiden mukainen syöpäkivun hoito on tehokasta. (Palliativinen hoito

ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Palliatiivisen hoidon tai saattohoitopotilaan kivun hoidosta ei ole tutkimusnäyttöä kuin syöpää sairastavien potilaiden kohdalla, mutta samoja periaatteita ja lääkkeitä voidaan soveltaa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

Kroonisen ei-malignin kivun hoidossa opioidien rooli on vaikea. Opioidien käyttöä voidaan harkita kivun syyn mukaisesti, mutta vahvojen opioidien käyttöä tulee harkita erityisen huolellisesti. Opioidien käytön aloittamisen harkinta olisi hyvä keskittää perehtyneisiin yksiköihin. Kroonisen ei-malignin kivun hoidossa aloitetun opioidihoidon tarvetta ja korvaamista muilla menetelmillä tulee jatkuvasti ja aktiivisesti uudelleen arvioida. Muun kuin syöpään liittyvässä pitkäaikaisessa kivun hoidossa opioideista on todennäköisesti enemmän haittaa kuin hyötyä. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Opioidien käytön hyödyistä on vähäisesti tutkimusnäyttöä, mutta haittoja nämä aiheuttavat kroonisen kivun hoidossa, esimerkiksi riippuvuus ja lisääntynyt kipu. Tutkimukset myös osoittavat, että väärinkäytön lisääntyvyys voi johtua opioidien liiallisesta määräämisestä krooniseen kipuun. (Rogers ym. 2019, 66–67.) Harkitsematon opioidien aloitus ja käyttö kroonisen kipuun voi altistaa esimerkiksi väärinkäytölle, toleranssin kehittymiselle ja hormonaalisille vaikutuksille. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017; Rogers ym. 2019, 66–67.)

Opioidien pitkäaikaisesta käytöstä on Suomessa julkaistu opaskirja. Opioideja tulisi aloittaa vain pitkäaikaisessa säännöllisessä hoitosuhteessa. Hoidon aikana tulee arvioida lääkkeen vaikutuksia ja haittavaikutuksia huolellisesti ja säännöllisesti. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Krooniseen, ei-syöpäkipuun määräytyistä opioideista on tullut kansanterveysongelma etenkin Yhdysvalloissa, kun taas opioidiriippuvuus syöpäkipupotilailla on harvinaista, silloin kuin opioideja on käytetty oikein, ohjeiden mukaisesti. Krooniseen ei-syöpäkipuun liiallinen opioidien määrääminen ja niiden seuraukset eivät saisi vaikuttaa syöpäkipun opioidien käyttöön. (George, ym. 2019, 3113.)

Opioidien käyttö edellyttää jatkuvaa seurantaa (George ym. 2019, 3113). Vahvojen opioidien määrääminen edellyttää osaamista farmakologiasta ja lisäksi suositusten osaamista. Opioidien käyttöön liittyviä terveydenhuollon ammattilaisten pelkoja ovat riippuvuusriski, liiallinen sedaatio ja hengityslama. Syöpäkipun hoidossa näiden esiintymisestä ei ole vaaraa, jos opioideja määrätään ohjeiden mukaan. Potilailla voi olla kulttuurisia tai uskonnollisia uskomuksia opioidien käytöstä, näistä on keskusteltava vuorovaikutteisesti. Syöpäkipun hallinta edellyttää säännöllistä ja jatkuvaa moniammatillista arviointia. (George, ym. 2019, 3105–3106.)

Kuten muutkin lääkkeet, niin kipulääkkeet voivat aiheuttaa haittavaikutuksia. Näitä on seurattava ja hoidettava aktiivisesti. Haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten riskiä lisäävät ikääntyminen, perussairaudet ja muu lääkehoito sekä kuivuminen ja ravitsemushäiriöt. Opioidien tavallisimpia haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi ja suun kuivuminen, joita voidaan hoitaa oheislääkkeillä. Etenkin ikääntyneillä potilailla on otettava huomioon suurentunut kaatumisriski opioidilääkityksen alussa. Opioidien tarvetta voidaan vähentää käyttämällä rinnalla muita kipulääkkeitä, kuten tulehduskipulääkettä, joka voi lievittää kipua yhdessä opioidin kanssa tehokkaasti. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

## 5 AIKAISEMPI TUTKIMUS KIVUNHOIDON ASETEISIIN LIITTYEN

Terveydenhuollon henkilöiden asenteilla kipuun ja kivunhoitoon voi olla suora yhteys potilaiden kivunhoitoon. Sairaanhoidajilla on todettu olevan negatiivisia asenteita muun muassa kroonista kipua sairastavia potilaita kohtaan. Potilaan kivunhoitoon voi vaikuttaa myös hoitajien asenteet eri tekijöihin, kuten potilaan ikään, kulttuuriin, uskomukset opioideihin ja riippuvuuteen. Asennetekijät ja tiedonpuute vaikuttavat potilaan kivunhoidon laatuun. (Shondell, Foli, Erler 2020, 378.)

Hoitajien ja lääkäreiden osaamista ja asenteita kivunhoitoon liittyen on tutkittu kansainvälisesti erilaisilla mittareilla. Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain –mittaria käytetään mittaamaan hoitajien ja muiden ammattilaisten tietoja ja asenteita kivusta. Mittarin tekijät ovat antaneet mittarin vapaan käytön tutkittaessa tietoja ja asenteita. (Ferrell & McCaffery, 2014.) Tässä mittarissa standardoitu tavoitepistemäärä on yli 80 % oikein vastauksia, tämä on myös mittarin läpäisyaste (Shondell ym. 2020, 379). Suomeksi mittari on validoitu opinnäytetyönä (Roni, Yli-Luomala 2010, 14).

Mittarilla Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain tuloksissa puolet hoitajista läpäisee mittarin (80 % oikein). Korkeammat pisteet ovat henkilöillä, joilla oli pidempi työkokemus ja korkeampi ikä, kun taas nuoremmat ja vähän työkokemusta omaavat saavat matalampia pisteitä. (Lewthwaite ym. 2011, 251.) Toisen tutkimuksen mukaan keskimääräinen pistemäärä on 62 %. (Shondell, Foli, Erler 2020, 381.) Sairaanhoidajilla on riittämätön tieto ja kielteiset asenteet lääkkeen valintaan, suositeltuun antotapaan, kipulääkeannokseen ja riippuvuuden todennäköisyyteen. Hengityslaman todennäköisyys on yleensä yliarvioitua. Myös kivun voimakkuutta on aliarvioitu ja kipulääkettä on annettu vähemmän kuin on tarpeen. (Utne ym. 2019, 678.)

Suomalaisen tutkimuksen mukaan vuodeosastojen välillä ei ole eroja kivun mittaamisen suhteen ja hoitajien asenteet kivun mittaamiseen ovat myönteisiä. Kivun mittaamistiheydessä on eroja, mutta hoitajien asenteet eivät selitä asiaa. (Niemi-Murola ym. 2005, 38.) Lisäksi kirjallisuuskatsauksen mukaan useimpien sairaanhoidajien tieto syöpäkivunhoidosta on heikko tai kohtalainen (Bouya ym. 2019, 845). Myös lääkäreiden kivunhoidon osaamisessa on havaittu puutteita (Brant ym. 2017, 215). Suurimmalla osalla sairaanhoidajista on myönteinen suhtautuminen syöpäkivunhoitoon. (Bouya ym. 2019, 845.) Hyvä kommunikaatio potilaan ja sairaanhoidajan välillä auttavat kivun hallinnassa ja potilaan ahdistuneisuuden tunnistamisessa ajoissa. Huono kommunikaatio laskee hoidon tasoa. Kielen ja aikatekijöiden havaittiin estävän tehokasta viestintää potilaan ja hoitajan välillä. Kommunikaatio-koulutuksen tarjoaminen sairaanhoidajille on välttämätöntä onnistuneen kivunhoidon toteutumiseksi. (Tetteh ym. 2020, 8.)

Postoperatiivisessa kivunhoidossa on tutkittu sairaanhoidajien tietoja ja asenteita ennen ja jälkeen kivunkoulutusohjelman. On havaittu, että koulutus parantaa kivunhoitotyöhön liittyviä asenteita ja tietoa kivun luonteesta, sen subjektiivisuudesta ja vastuusta toteuttaa kivunhoitoa kyseenalaistamatta potilaan kipukokemusta. Tämän myötä kivun hoidon laatu paranee. Sairaanhoidajien kivun arviointiin ja kivunhoitoon vaikuttavat heidän kokemuksensa ja persoonalliset ominaisuudet. Asenteet ovat tiedostamattomia motiiveja toimia ja reagoida elämässä, joita kokemus joko vahvistaa tai muuttaa. Asenteiden muutoksiin vaikuttavat muun muassa henkilön uskomukset. On edelleen myös



vääriä käsityksiä esimerkiksi leikkauksen jälkeisestä kivun ymmärtämisestä ja hoidosta, että sairaanhoitaja määrittää potilaan kivuntuntemuksen. (Abdalahim ym. 2011, 250–254.) Sairaanhoitajien tietoa, taitoa ja asenteita parannettaisiin koulutuksella. (Bouya ym. 2019, 845.) Kivunhoidon osaamisen osa-alueina on tutkittu myös kipufysiologian tuntemusta, asenteita kipua kohtaan, kivunhallintakeinoja ja potilaan hoidon tuloksia. Kivunhoidon osaaminen koulutuksen myötä paranee kesimäärin 19 % ja kipuun liittyvät asenteet paranevat 11 %. (Mankelow ym. 2021, 2, 3, 19.)

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien ja lääkäreiden asenteita kivunhoidosta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tavoitteena on edistää laadukkaan kivunhoidon toteutumista.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia ovat vuodeosastolla työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien asenteet kipuun ja kivunhoitoon liittyen?
2. Miten vastaajien taustatiedot vaikuttavat asenteisiin?
3. Onko eri ammattiryhmien kivunhoidon asenteiden välillä eroa?

## 7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Aineisto kerättiin validoidulla kivun hoidon asenteita mittaavalla kyselyllä. (Niemi-Murola, Nieminen, Kalso, Pöyhä 2007.) Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin soveltuvia kysymyksiä toisesta, Suomeksi validoidusta kysymyssarjasta Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (Roni & Yli-Luoma 2010, 14). Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä selvitetään lukumääriin ja prosentteihin liittyviä kysymyksiä. Aineiston keruussa käytetään yleensä validoituja valmiita tutkimuskysymyksiä ja vaihtoehdot ovat valmiina. Vastaukset havainnollistetaan taulukoin ja kuvioin numeerisesti. Yleensä verrataan myös asioiden välisiä riippuvuuksia tai muutoksia tutkittavassa ilmiössä. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan selvitettyä yleensä tämän hetken tilanne. (Heikkilä 2014, 15.) Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

### 7.1 Tutkimusympäristö

Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) on yksi Suomen viidestä yliopistollisesta sairaalasta. Työntekijöitä sairaalassa on 4500, joista hoitajia 67 % ja lääkäreitä 17 %. Potilaille vuodepaikkoja on 590. (KYS 2018.)

KYS on ollut mukana Kivuton sairaala hankkeessa 2006–2017. (Koivusalo 2015). Sairaalassa on toiminut kivunhoidon kehittämisen työryhmä vuodesta 2015 alkaen. (Vaajoki & Leinonen 2019, 7). APS toimintaa on ollut 10 vuoden ajan. Kivun vastuuhoidajaverkosto kokoontuu säännöllisesti kuudesta kahdeksaan kertaan vuodessa. (KYS SYKe-verkkosivu.) Kivun voimakkuuden arviointi ja sen kirjaiminen hoitotaulukkoon tarkastelu on toteutettu vuosina 2018 ja 2019. Tässä selvityksessä todettiin, että kivun voimakkuuden arvioinnissa oli puutteita, esimerkiksi kipulääkettä oli annettu huomattavan usein, ilman että kivun mittaamista oli kirjattu. (Vaajoki & Leinonen 2019, 7.)

Tämä opinnäytetyö on osa laajempaa kivunhoitoon liittyvää tutkimusprojektia Kivunhoidon toteutuminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimusprojektin tarkoitus on selvittää kivunhoidon toteutumisen nykytilanne Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tavoitteena on selvittää nykytilanne kivun hoidon suhteen, kivunhoidon toteutuminen ja korreloiko potilaiden kivun esiintyvyys osastoilla henkilökunnan asenteisiin.

### 7.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin KYSin somaattisilta vuodeosastoilta (n=18). Lasten osastot suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Mukana oli yhteensä 18 osastoa, arvion mukaan osastoilla on lääkäreitä ja hoitajia n. 500. Osastot ovat Hematologian osasto, Syöpätautien osasto, Naisten osasto, Aistinelinsairauksien osasto, Gastrokirurgian osasto, Urologian osasto, Plastiikkakirurgian ja ihotautien osasto, Verisuonikirurgian osasto, Sydän ja rintaelinkirurgian osasto, Ortopedian –ja traumatologian osasto, Neurokirurgian osasto, Keuhkosairauksien ja sisätautien osasto, Sisätautien osasto, Sydänosasto, Dialyysiosasto, Neurologian osasto, Päivystysosasto ja Akuuttiosasto.

### 7.3 Aineiston analysointi

Kysymyksiä oli 17, jotka koskevat kroonista kipua, syöpäkipua, kivun arviointia ja kivun hoitoa. Näihin kysymyksiin pyydettiin vastauksia kuusiportaisella Likert-asteikolla (1 täysin eri mieltä, 2 joihin-kin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 joihin-kin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä). (Niemi-Murola ym. 2007.) Toisen osuuden kysymyksiä oli seitsemän, joihin vastausvaihtoehdot olivat Oikein/Väärin (Roni & Yli-Luomala 2010).

Taustatietoina kysyttiin vastaajan ikä, sukupuoli, osasto, työskentelyvuosien määrä ja ammattiryhmä. Kyselyyn liitettiin kysymykset omakohtaisesta sekä läheisen henkilön vaikean kivun kokemuksesta. Lisäksi kysyttiin, onko vastaajan mielestä hoitamatta jäänyt kipu aihe potilasturvallisuuden vaaratapahtumailmoituksen (Haipro) tekemiseen. Kysymykset ja saatekirje on esitetty liitteessä 1.

Aineisto siirrettiin suoraan Sähköisestä Surveypal kyselyohjelmasta SPSS ohjelmaan. Analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa versiota 27. Analysointimenetelmänä käytettiin aineiston koon ja jakauman mukaisesti soveltuvia tilastollisia menetelmiä.

Analyyseissä verrattiin operatiivisilla osastoilla työskentelevän henkilökunnan ja konservatiivisilla osastoilla työskentelevän henkilökunnan vastausten eroja. Taulukko kuvaa osastoryhmittelyjä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Konservatiiviset- ja operatiiviset osastot

<b>Konservatiiviset osastot</b>	<b>Operatiiviset osastot</b>
Hematologian osasto	Naisten osasto
Syöpätautien osasto	Aistinelinsairauksien osasto
Kuuhkosairauksien ja sisätautien osasto 8	Gastrokirurgian osasto
Sisätautien osasto 6	Urologian osasto
Sydänosasto	Plastiikkakirurgian ja ihotautien osasto
Dialyysiosasto	Verisuonikirurgian osasto
Neurologian osasto	Sydän ja rintaelinkirurgian osasto
Päivystysosasto	Ortopedian –ja traumatologian osasto
Akuuttiosasto	Neurokirurgian osasto

Analyyseissa verrattiin myös hoitajien ja lääkärien vastausten eroja. Tässä analyysissä lähi- ja perushoitajat ja sairaanhoitajat yhdistettiin. Lisäksi verrattiin vastausten vaihtelua iän, työkokemuksen ja sukupuolen mukaan, sekä omakohtaisen tai läheisen kipukokemuksen mukaan. Sukupuolen mukaisissa analyyseissä verrattiin miesten ja naisten vastausten eroja ja muu/en halua kertoa vastaukset (n= 6) jätettiin pois. Työkokemus-luokat yhdistettiin kolmeksi luokaksi (alle 10 vuotta, 11-20 vuotta, yli 20 vuotta).

Likert-asteikolla mitatut vastaukset taulukoissa ilmoitetaan keskiarvolla ja hajonnan tunnuslukuna käytetään keskihajontaa (SD). Oikein/Väärin kysymysten vastaukset ilmoitetaan prosentteina ja lukumäärinä.

Likert-asteikollisten asennekysymysten vastausten jakaumia kahden eri ryhmän välillä verrattiin non-parametrisella Mann Whitney U testillä. Kaksi-luokkaisten (Oikein/Väärin) vastausten eroja kahden

ryhmän välillä testattiin Khiin neliötestillä. Eri ikäryhmät ja työkokemus käsittivät useampia kategorioita, ja kun verrattiin vastausten jakaumia näissä kategorioissa, käytettiin Kruskal-Wallis testiä.

## 8 TULOKSET

### 8.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Vastausprosentti oli 17,9 %. Kysely lähetettiin 602:lle vuodeosaston henkilökunnalle ja vastauksia saatiin yhteensä (n=108). Vastanneista 18,4 % oli lääkäreitä ja 81,6 % hoitajia.

Valtaosa (80 %) kyselyyn vastanneista oli naisia. Miehiä oli 14,3 % ja 5,7 % vastasivat muu/en halua kertoa. Ikä jakaantui alle 25-vuotiaista 64-vuotiaisiin. Yli 65-vuotiaita vastaajia ei ollut. Alle 25-vuotiaita oli vähiten (2,9 %), suurimmat vastaajaryhmät olivat ikäluokissa 25–34-vuotiaat ja 35–44-vuotiaat. Koulutustaustalta lääkäreitä oli 19 ja sairaanhoitajia 79, perus/lähihoitajia 5. Sairaanhoitajat ja perus/lähihoitajat yhdistettiin samaan hoitajat ryhmään (n=84). Viisi henkilöä ei vastannut ammattiryhmää koskevaan kysymykseen. Työkokemusta vastaajilla useimmiten oli alle 10-vuotta. Vaikeaa kipua oli kokenut 51,5 % vastaajista ja vastaajien läheisillä vaikean kivun kokeneita oli 60,6 %. Taulukossa 2 kuvataan kokonaisaineiston taustatiedot.

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden (n=108) taustatiedot (n, %)

	n	%
<b>Sukupuoli (n=105)</b>		
Mies	15	14,3
Nainen	84	80
Muu/en halua kertoa	6	5,7
<b>Ikä/v (n=105)</b>		
Alle 25	3	2,9
25–34	38	36,2
35–44	25	23,8
45–54	20	19,0
55–64	19	18,1
<b>Koulutus (n=103)</b>		
Lääkärit	19	18,4
Sairaanhoitajat	79	76,7
Perushoitajat/lähihoitajat	5	4,9
<b>Työkokemus/v (n=102)</b>		
Alle 5	27	26,5
5–10	25	24,5
11–20	19	18,6
21–30	15	14,7
Yli 30	16	15,7
<b>Oletko itse kokenut vaikeaa kipua? (n=99)</b>		
Kyllä	51	51,5
Ei	48	48,5
<b>Onko läheisesi kokenut vaikeaa kipua? (n=104)</b>		
Kyllä	63	60,6
Ei	41	39,4

## 8.2 Kipuun liittyvät asenteet konservatiivisilla- ja operatiivisilla osastoilla

Erikoisaloja verratessa aineisto ryhmiteltiin konservatiivisiin (n=56) osastoihin ja operatiivisiin (49) osastoihin. Taulukoissa (3,4) kuvataan eroja konservatiivisten ja operatiivisten osastojen välillä asenteisiin liittyen. Taulukossa 3. on kuvattu Likert-asteikon kysymykset. Operatiivisilla osastoilla työskentelevät olivat useammin sitä mieltä, että kipu on normaali osa ikääntymistä ja kipu kuuluu vanhuuteen. Konservatiivisilla osastoilla työskentelevät ajattelivat useammin, että kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada hoitoa. Erot kysymysten vastauksissa olivat tilastollisesti merkitseviä (p-arvo <0.05).

Taulukko 3. Kipuun liittyvät asenteet väittämiin konservatiivisilla -ja operatiivisilla osastoilla. Likert-asteikon (1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä) keskiarvo ja keskihajonta (SD).

	Konservatiivinen(n=56)		Operatiivinen(n=49)		*p-arvo
	keskiarvo	SD	keskiarvo	SD	
Kipu on normaali osa ikääntymistä (n=105)	2.10	1.23	2.80	1.42	<b>0.009</b>
Kipu kuuluu vanhuuteen (n=104)	1.85	1.18	2.27	1.13	<b>0.044</b>
Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä (n=105)	4.65	1.62	4.39	1.47	0.203
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa (n=106)	3.62	1.65	3.55	1.34	0.472
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen on ahdistavaa (n=105)	3.21	1.74	3.66	1.31	0.080
Kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta (n=105)	4.35	1.33	4.27	1.26	0.965
Opioideja tulee määrätä varovasti syöpäkivun hoitoon riippuvuusriskin takia (n=106)	1.54	0.85	1.77	1.08	0.479
Syöpäpotilaille kehittyä helposti opioidiriippuvuus (n=105)	2.40	1.23	2.55	1.23	0.497
Opioideja ei voi määrätä säännölliseen käyttöön syöpäpotilaille (n=106)	1.38	0.93	1.43	0.87	0.720
Kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa (n=106)	4.50	1.06	4.93	0.93	<b>0.016</b>
Kroonista kipua sairastavat jäävät vaille riittävästi hoitoa perusterveydenhuollossa (n=105)	4.62	0.99	4.84	0.78	0.587
Kroonisen kivun lievittäminen on vaikeaa (n=106)	4.50	0.87	4.55	1.11	0.161
Kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä (n=106)	5.44	0.85	5.43	0.97	0.832
Kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa (n=106)	3.65	1.48	4.05	1.43	0.182
Dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa (n=106)	4.69	1.15	4.84	1.10	0.324
Luotan potilaan arvioon kivusta (n=105)	4.88	0.83	4.73	1.04	0.880
Potilas itse on kipunsa paras asiantuntija (n=106)	5.42	0.70	5.20	0.82	0.281
Hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen (n=105)	5.32	0.94	5.18	1.26	0.957

\*non-parametrinen Mann Whitney U testu, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo <0,05

Taulukossa 4. on kuvattu oikein/väärin kysymykset.

Taulukko 4. Kipuun liittyvät asenteet väittämiin konservatiivisilla -ja operatiivisilla osastoilla (% , n)

	Konservatiivinen %	Konservatiivinen n	Operatiivinen %	Operatiivinen n	Yhteensä %	Yhteensä n	*p-arvo
Potilaan kokeman kivun voimakkuus voidaan arvioida luotettavasti ainoastaan viitaalielintoimintojen perusteella (n=106)							0.179
Oikein	3.6	2	0	0	1.9	2	
Väärin	96.4	54	100	50	98.1	104	
Potilailla, joiden huomio saadaan kiinnittymään kivusta toisaalle, ei yleensä ole voimakasta kipua (n=106)							0.314
Oikein	16.6	11	28	14	23.6	25	
Väärin	80.4	45	72	36	76.4	81	
Käyttämällä yhdessä eri kipulääkkeitä (esimerkiksi opiaattia ja NSAID-läkettä), joiden vaikutusmekanismit ovat erilaiset, kipua voidaan hallita paremmin kuin yksittäisellä kipuläkkeellä, ja myös sivuvaikutuksia on tällöin vähemmän (n=105)							0.299
Oikein	90.9	50	96	48	93.3	98	
Väärin	9.1	5	4	2	6.7	7	
Morfiinilla on annosteluraja (toisin sanoen, annos, jota suurempi annos ei enää tehosta kivunlievitystä (n=103)							0.457
Oikein	51.9	28	59.2	29	55.3	57	
Väärin	48.1	26	40.8	20	44.7	46	
Iäkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja kipuläkkeinä (n=106)							0.605
Oikein	14.3	8	18	9	16	17	
Väärin	85.7	48	82	41	84	89	
Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdollisimman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä (n=106)							0.179
Oikein	3.6	2	0	0	1.9	2	
Väärin	96.4	54	100	50	98.1	104	
Kun ensiannos opiaattikipuläkettä on annettu, seuraavat annokset pitää määrittää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mukaan (n=106)							0.887
Oikein	94.6	53	94	47	94.3	100	
Väärin	5.4	3	6	3	5.7	6	

\*Khiin neliötesti, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo <0.05



## 8.3 Lääkäreiden ja hoitajien kipuun liittyvät asenteet

Taulukoissa (5,6) kuvataan eroja lääkäreiden ja hoitajien välillä asenteisiin liittyen. Hoitajat olivat lääkäreitä enemmän sitä mieltä, että kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa. Hoitajat olivat lääkäreitä useammin sitä mieltä, että potilas itse on oman kipunsa paras asiantuntija. Hoitajat olivat myös useammin sitä mieltä, että hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen. Näiden kysymysten vastaukset olivat tilastollisesti merkitseviä (p-arvo <0.05).

Taulukko 5. Lääkäreiden ja hoitajien kipuun liittyvät asenteet väittämiin. Likert-asteikon (1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä) keskiarvo ja keskihajonta (SD).

	Lääkärit (n=19)		Hoitajat (n= 84)		*p-arvo
	keskiarvo	SD	keskiarvo	SD	
Kipu on normaali osa ikääntymistä (n=102)	2.22	1.11	2.49	1.42	0.939
Kipu kuuluu vanhuuteen (n=101)	1.94	0.87	2.08	1.24	0.616
Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä (n=102)	4.89	1.32	4.49	1.56	0.376
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa (n=103)	4.0	1.33	3.46	1.54	0.309
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen on ahdistavaa (n=102)	3.06	1.35	3.54	1.61	0.309
Kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta (n=102)	3.83	1.30	4.45	1.26	0.074
Opioideja tulee määrätä varovasti syöpäkivun hoitoon riippuvuusriskin takia (n=103)	1.44	0.51	1.70	1.05	0.954
Syöpäpotilaille kehittyy helposti opioidiriippuvuus (n=103)	2.06	1.00	2.57	1.25	0.276
Opioideja ei voi määrätä säännölliseen käyttöön syöpäpotilaille (n=103)	1.11	0.32	1.43	0.90	0.068
Kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa (n=103)	4.67	0.77	4.68	1.07	0.982
Kroonista kipua sairastavat jäävät vaille riittävää hoitoa perusterveydenhuollossa (n=102)	4.44	0.98	4.80	0.82	0.112
Kroonisen kivun lievittäminen on vaikeaa (n=103)	4.61	0.85	4.49	1.01	0.483
Kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä (n=103)	5.50	0.71	5.41	0.96	0.860
Kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa (n=103)	3.06	1.31	4.03	1.44	<b>0.022</b>
Dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa (n=103)	5.11	1.08	4.67	1.14	0.052
Luotan potilaan arvioon kivustaan (n=102)	4.61	0.85	4.86	0.96	0.129
Potilas itse on kipunsa paras asiantuntija (n=103)	4.94	0.80	5.41	0.73	<b>0.006</b>
Hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen (n=102)	4.83	1.25	5.37	1.06	<b>0.009</b>

\*non-parametrinen Mann Whitney U testi, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo <**0.05**

Taulukossa 6. on kuvattu oikein/väärin kysymykset. Merkitsevä tilastollinen ero (p-arvo<0.05) lääkäreiden ja hoitajien välillä nähtiin kysymyksessä morfiinin annostelurajasta. Lääkäreistä suurin osa,

89.5 % tiesi, että morfiinilla ei ole annostelurajaa, kun taas hoitajista alle puolet, 34.1 % vastasi, ettei morfiinilla ole annostelurajaa.

Taulukko 6. Lääkäreiden ja hoitajien kipuun liittyvät asenteet väittämiin (% , n)

	Lääkärit %	Lääkärit n	Hoitajat %	Hoitajat n	*p-arvo
Potilaan kokeman kivun voimakkuus voidaan arvioida luotettavasti ainoastaan viitaalielintoimintojen perusteella (n=103)					0,499
Oikein	0	0	2,4	2	
Väärin	100	19	97,6	82	
Potilailla, joiden huomio saadaan kiinnittymään kivusta toisaalle, ei yleensä ole voimakasta kipua (n=103)					0,342
Oikein	15,8	3	26,2	22	
Väärin	84,2	16	73,8	62	
Käyttämällä yhdessä eri kipulääkkeitä (esimerkiksi opiaattia ja NSAID-lääkettä), joiden vaikutusmekanismit ovat erilaiset, kipua voidaan hallita paremmin kuin yksittäisellä kipulääkkeellä, ja myös sivuvaikutuksia on tällöin vähemmän (n=103)					0,477
Oikein	89,5	17	94	79	
Väärin	10,5	2	6	5	
Morfiinilla on annosteluraja (toisin sanoen, annos, jota suurempi annos ei enää tehosta kivunlievitystä (n=101)					<b>&lt;0,001</b>
Oikein	10,5	2	65,9	54	
Väärin	89,5	17	34,1	28	
Iäkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja kipulääkkeinä (n=103)					0,173
Oikein	5,3	1	17,9	15	
Väärin	94,7	18	82,1	69	
Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdollisimman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä (n=103)					0,499
Oikein	0	0	2,4	2	
Väärin	100	19	97,6	82	
Kun ensiannos opiaattikipulääkettä on annettu, seuraavat annokset pitää määrittää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mukaan (n=103)					0,335

Oikein	89,5	17	95,2	80	
Väärin	10,5	2	4,8	4	

\*Khiin neliötesti, tilastollinen merkitsevyys=p-arvo **<0.05**

#### 8.4 Taustatietojen vaikutus kipuun liittyviin asenteisiin

Taulukoissa (7, 8) kuvataan eroja sukupuolen vaikutuksesta eroihin asenteisiin liittyen. Taulukossa 7. on kuvattu Likert-asteikon kysymykset. Miehet olivat varovaisempia opioidin käytön suhteen riippuvuusriksin vuoksi. Naiset olivat enemmän sitä mieltä, että kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa. Miehet olivat enemmän sitä mieltä, että dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa. Näiden kysymysten vastaukset olivat tilastollisesti merkitseviä (p-arvo <0.05).

Taulukko 7. Vastaajien sukupuolen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin. Likert-asteikon (1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä) keskiarvo ja keskihajonta (SD).

	Mies		Nainen		*p-arvo
	Keskiarvo	SD	Keskiarvo	SD	
Kipu on normaali osa ikääntymistä (n=100)	2.23	1.09	2.46	1.42	0.905
Kipu kuuluu vanhuuteen (n=99)	2.08	0.86	2.06	1.22	0.142
Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä (n=101)	4.92	1.04	4.43	1.64	0.949
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa (n=101)	3.92	1.66	3.56	1.49	0.608
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen on ahdistavaa (n=100)	3.23	1.79	3.40	1.56	0.594
Kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta (n=100)	3.92	1.44	4.38	1.28	0.170
Opioideja tulee määrätä varovasti syöpäkipuun hoitoon riippuvuusriskin takia (n=101)	2.23	1.42	1.57	0.87	<b>0.033</b>
Syöpäpotilaille kehittyy helposti opioidiriippuvuus (n=101)	2.31	1.11	2.46	1.18	0.908
Opioideja ei voi määrätä säännölliseen käyttöön syöpäpotilaille (n=101)	1.77	1.36	1.38	0.83	0.296
Kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa (n=101)	4.77	0.60	4.70	1.10	0.640
Kroonista kipua sairastavat jäävät vaille riittävää hoitoa perusterveydenhuollossa (n=101)	4.38	1.19	4.75	0.85	0.220

Kroonisen kivun lievittäminen on vaikeaa (n=101)	4.62	1.12	4.51	0.98	0.661
Kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä (n=101)	5.23	0.83	5.53	0.78	0.138
Kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa (n=101)	3.00	1.00	4.00	1.43	<b>0.018</b>
Dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa (n=101)	5.38	0.51	4.63	1.18	<b>0.011</b>
Luotan potilaan arvioon kivustaan (n=100)	4.38	1.19	4.86	0.91	0.071
Potilas itse on kipunsa paras asiantuntija (n=101)	5.08	0.64	5.35	0.78	0.088
Hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen (n=100)	5.38	0.51	5.32	1.05	0.177
* non- parametrinen Mann Whitney U testi, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo <b>&lt;0.05</b>					

\*non-parametrinen Mann Whitney U testi, tilastollinen merkitsevyys=p-arvo **<0.05**

Oikein/väärin kysymyksissä taulukko 8. ei tullut merkittäviä tilastollisia eroja vastaajien kesken.

Taulukko 8. Vastaajien sukupuolen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin (% , n)

	Mies %	Mies n	Nainen%	Nainen n	*p-arvo
Potilaan kokeman kivun voimakkuus voidaan arvioida luotettavasti ainoastaan viitaalielintoimintojen perusteella (n=101)					0.553
Oikein	0	0	2.3	2	
Väärin	100	15	97.7	84	
Potilaille, joiden huomio saadaan kiinnittymään kivusta toisaalle, ei yleensä ole voimakasta kipua (n=101)					0.306
Oikein	13.3	2	25.6	22	
Väärin	86.7	13	74.4	64	
Käyttämällä yhdessä eri kipulääkkeitä (esimerkiksi opiaattia ja NSAID-lääkettä), joiden vaikutusmekanismit ovat erilaiset, kipua voidaan hallita paremmin kuin yksittäisellä kipulääkkeellä, ja myös sivuvaikutuksia on tällöin vähemmän (n=101)					0.254
Oikein	100	15	91.9	79	
Väärin	0	0	8.1	7	

Morfiinilla on annosteluraja (toisin sanoen, annos jota suurempi annos ei enää tehosta kivunlievitystä (n=100))					0.276
Oikein	40	6	55.3	47	
Väärin	60	9	44.7	38	
Iäkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja Kipulääkkeinä (n=101)					0.774
Oikein	13.3	2	16.3	14	
Väärin	86.7	13	83.7	72	
Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdollisimman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä (n=101)					0.553
Oikein	0	0	2.3	2	
Väärin	100	15	97.7	84	
Kun ensiannos opiaattikipulääkettä on annettu, seuraavat annokset pitää määrittää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mukaan (n=101)					0.341
Oikein	100	15	94.2	81	
Väärin	0	0	5.8	5	

\*Khiin neliötesti, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo **<0.05**

Iän suhteen eroa tuli kysymyksissä ”kipu ei ole normaali osa ikääntymistä” ja ”kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta”. Nuoremmat olivat sitä mieltä, että kipu kuuluu vanhuuteen ja vanhemmat, taas vähemmän sitä mieltä, että kipu kuuluu vanhuuteen. Vanhemmat kokivat enemmän, että kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta. Näiden kysymysten vastaukset olivat tilastollisesti merkitseviä (p-arvo <0.05). Tulokset esitelty taulukossa 9.

Taulukko 9. Vastaajien iän vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin. Likert-asteikon (1 täysin eri mieltä, 2 joksikin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä) keskiarvo ja keskihajonta (SD).

	Alle 25 v.		25–34 v.		35–44 v.		45–54 v.		55–64 v.		*p-arvo
	Keskiarvo	SD	Keskiarvo	SD	Keskiarvo	SD	Keskiarvo	SD	Keskiarvo	SD	
Kipu on normaali osa ikääntymistä (n=105)	3.67	2.31	2.68	1.39	2.45	1.30	2.32	1.42	1.94	1.06	0.259
Kipu kuuluu vanhuuteen (n=104)	3.0	1.73	2.06	1.23	2.09	0.81	2.37	1.50	1.61	0.92	0.267
Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä (n=105)	3.67	2.08	4.32	1.55	4.73	1.03	4.11	1.85	5.39	1.20	<b>0.023</b>



keitä (esimerkiksi opiaattia ja NSAID-lääkettä), joiden vaikutusmekanismit ovat erilaiset, kipua voidaan hallita paremmin kuin yksittäisellä kipulääkkeellä, ja myös sivuvaikutuksia on tällöin vähemmän (n=105)												
Oikein	100	3	92.1	35	96	24	84.2	16	100	20		
Väärin	0	0	7.9	3	4	1	15.8	3	0	0		
Morfiinilla on annosteluraja (toisin sanoen, annos jota suurempi annos ei enää tehosta kivunlievitystä (n=103)											0.916	
Oikein	66.7	2	55.6	20	52	13	63.2	12	50	10		
Väärin	33.3	1	44.4	16	48	12	36.8	7	50	10		
Äkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja kipulääkkeenä (n=106)											0.239	
Oikein	33.3	1	13.2	5	20	5	5	1	30	6		
Väärin	66.7	2	86.8	33	80	20	95	19	70	14		
Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdollisimman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä (n=106)											0.592	
Oikein	0	0	0	0	4	1	5	1	0	0		
Väärin	100	3	100	38	96	24	95	19	100	20		
Kun ensiannos opiaattikipulääkettä on annettu, seuraavat annokset pitää määrittää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mukaan (n=106)											0.738	
Oikein	100	3	92.1	35	92	23	100	20	95	19		
Väärin	0	0	7.9	3	8	2	0	0	5	1		

\* Kruskal-Wallis testi, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo <0.05

Taulukossa 11. ja 12. kuvataan työkokemuksen vaikutusta asenteisiin liittyen. Työkokemus yhdistettiin kolmeen luokkaan. Taulukossa 11. on kuvattu Likert-asteikon kysymykset. Tilastollinen ero ( $p$ -arvo $<0.05$ ) saatiin kysymyksessä ”kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa”. Eniten ja vähiten työkokemusta omaavat kokivat kroonisesta kivusta kärsivän hoitamisen ahdistavaksi, kun taas keskimäinen ryhmä koki kroonisesta kivusta kärsivän hoitamisen vähiten ahdistavana.

Viitteitä tuli myös siitä, että vähiten työkokemusta omaavat kokevat, että kipu on normaali osa ikääntymistä.

Taulukko 11. Työkokemuksen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin. Likert-asteikon (1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä) keskiarvo ja keskihajonta (SD).

	Alle 10 v.		11-20 v.		Yli 20 v.		*-arvo
	Keski- arvo	SD	Keski- arvo	SD	Keski- arvo	SD	
Kipu on normaali osa ikääntymistä (n=104)	2.70	1.43	2.33	1.29	2.10	1.24	0.071
Kipu kuuluu vanhuuteen (n=102)	2.24	1.21	1.93	1.03	1.87	1.22	0.124
Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä (n=103)	4.38	1.41	4.67	1.45	4.77	1.74	0.074
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa (n=104)	3.50	1.45	4.00	1.25	3.40	1.73	0.254
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen on ahdistavaa (n=103)	3.66	1.48	2.60	1.18	3.43	1.81	<b>0.039</b>
Kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta (n=103)	4.22	1.36	3.93	1.16	4.67	1.12	0.092
Opioideja tulee määrätä varovasti syöpäkivun hoitoon riippuvuusriskin takia (n=104)	1.84	1.11	1.47	0.64	1.40	0.68	0.098
Syöpäpotilaille kehittyy helposti opioidiriippuvuus (n=103)	2.64	1.29	2.27	0.96	2.27	1.11	0.328
Opioideja ei voi määrätä säännölliseen käyttöön syöpäpotilaille (n=104)	1.40	0.81	1.47	1.13	1.43	1.01	0.763
Kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa (n=104)	4.76	1.15	4.73	0.80	4.57	0.97	0.467
Kroonista kipua sairastavat jäävät vaille riittävästi hoitoa perusterveydenhuollossa (=103)	4.76	0.89	4.67	0.90	4.73	0.83	0.998
Kroonisen kivun lievittäminen on vaikea (=104)	4.52	0.93	4.80	0.68	4.30	1.18	0.254
Kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä (n=104)	5.60	0.61	5.27	0.88	5.33	0.99	0.328
Kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa (n=104)	3.72	1.44	3.20	1.21	4.23	1.48	0.279
Dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa (n=104)	4.70	1.04	4.47	1.41	4.90	1.16	0.662
Luotan potilaan arvioon kivustaan (n=103)	4.74	0.94	4.60	0.83	4.93	1.02	0.242
Potilas itse on kipunsa paras asian tuntija (n=104)	5.28	0.81	5.13	0.92	5.43	0.63	0.697
Hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen (n=103)	5.40	1.03	5.0	1.07	5.33	0.96	0.332

\* Kruskal-Wallis testi, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo **<0.05**



Oikein/väärin kysymyksissä taulukko 12. ei tullut merkittäviä tilastollisia eroja vastaajien kesken.

Taulukko 12. Työkokemuksen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin (% , n)

	Alle 10 v %	Alle 10 v n	11–20 v. %	11–20 v. n	Yli 20 v. %	Yli 20 v. n	*p- arvo
Potilaan kokeman kivun voimakkuus voidaan arvioida luotettavasti ainoastaan vitaa- lielintoimintojen perusteella (n=104)							0.364
Oikein	3.8	2	0	0	0	0	
Väärin	96.2	50	100	19	100	33	
Potilailta, joiden huomio saadaan kiinnitty- mään kivusta toisaalle, ei yleensä ole voima- kasta kipua (n=104)							0.268
Oikein	23.1	12	10.5	2	30.3	10	
Väärin	76.9	40	89.5	17	69.7	23	
Käyttämällä yhdessä eri kipulääkkeitä (esi- merkiksi opiaattia ja NSAID-lääkettä), joi- den vaikutusmekanismit ovat erilaiset, ki- pua voidaan hallita paremmin kuin yksittäi- sellä kipulääkkeellä, ja myös sivuvaikutuk- sia on tällöin vähemmän (n=103)							0.773
Oikein	94.2	49	89.5	17	93.8	30	
Väärin	5.8	3	10.5	2	6.3	2	
Morfiinilla on annosteluraja (toisin sa- noen, annos jota suurempi an- nos ei enää tehosta kivunlievitystä (n=102)							0.456
Oikein	60.8	31	52.6	10	46.9	15	
Väärin	39.2	20	47.4	9	53.1	17	
Iäkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja kipu- lääkkeenä (n=104)							0.424
Oikein	13.5	7	26.3	5	15.2	5	
Väärin	86.5	45	73.7	14	84.8	28	
Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdolli- simman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä (n=104)							0.416
Oikein	1.9	1	5.3	1	0	0	
Väärin	98.1	51	94.7	18	100	33	
Kun ensiannos opiaattikipulääkettä on an- nettu, seuraavat annokset pitää määrit- tää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mu- kaan (n=104)							0.667
Oikein	92.3	48	94.7	18	97	32	
Väärin	7.7	4	5.3	1	3	1	

\* Kruskal-Wallis testi, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo <0.05

Taulukossa 13. kuvataan eroja oman kivun kokemuksen vaikutuksesta asenteisiin. Taulukossa 13. on kuvattu Likert-asteikon kysymykset. Henkilöt ketkä olivat kokeneet itse vaikeaa kipua, olivat tilas-  
tollisesti (p-arvo <0.05) enemmän sitä mieltä, että kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riit-  
tävästi hoitoa. Henkilöt, jotka eivät olleet kokeneet vaikeaa kipua olivat varovaisempia opioidin käy-  
tön suhteen riippuvuusriksin vuoksi.

Henkilöt, joiden läheinen ei ollut kokenut vaikeaa kipua kokivat tilastollisesti (p-arvo <0.05) krooni-  
sesta kivusta kärsivän hoitamisen enemmän ahdistavana, lisäksi henkilöt, joiden läheinen ei ollut  
kokenut kipua olivat enemmän sitä mieltä, että kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä.

Taulukko 13. Oman kivun kokemuksen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin. Likert-asteikon (1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä) keskiarvo ja keskihajonta (SD).

	Oletko itse kokenut vaikeaa kipua				*p-arvo
	Kyllä		Ei		
	keskiarvo	SD	keskiarvo	SD	
Kipu on normaali osa ikääntymistä (n=100)	2.32	1.40	2.60	1.34	0.178
Kipu kuuluu vanhuuteen (n=99)	1.96	1.10	2.13	1.18	0.454
Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä (n=100)	4.77	1.49	4.33	1.52	0.089
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa (n=101)	3.62	1.70	3.40	1.21	0.794
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen on ahdistavaa (n=100)	3.30	1.81	3.64	1.21	0.609
Kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta (n=100)	4.38	1.34	4.24	1.21	0.270
Opioideja tulee määrätä varovasti syöpäkivun hoitoon riippuvuusriskin takia (n=101)	1.51	0.98	1.82	0.96	<b>0.030</b>
Syöpäpotilaille kehittyi helposti opioidiriippuvuus (n=100)	2.40	1.26	2.58	1.18	0.346
Opioideja ei voi määrätä säännölliseen käyttöön syöpäpotilaille (n=101)	1.49	1.18	1.40	0.58	0.324
Kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa (n=101)	4.89	0.89	4.60	1.01	<b>0.049</b>
Kroonista kipua sairastavat jäävät vaille riittävästi hoitoa perusterveydenhuollossa (n=100)	4.85	0.93	4.56	0.81	0.149
Kroonisen kivun lievittäminen on vaikeaa (n=101)	4.60	1.04	4.36	0.98	0.145
Kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä (n=101)	5.38	1.07	5.44	0.76	0.910
Kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa (n=101)	3.79	1.40	3.87	1.55	0.657
Dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa (n=101)	4.55	1.21	4.93	1.05	0.207
Luotan potilaan arvioon kivustaan (n=101)	4.81	1.01	4.76	0.91	0.436
Potilas itse on kipunsa paras asiantuntija (n=101)	5.49	0.62	5.11	0.86	0.066
Hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen (n=100)	5.28	1.17	5.33	0.93	0.868

\*non-parametrinen Mann Whitney U testi, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo <0.05

Kysymyksissä oikein/väärin (taulukko 14.) ei tullut tilastollisia eroja oman kivun kokemuksen vaikutuksesta asenteisiin.

Taulukko 14. Oman kivun kokemuksen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin (% , n)

	Oletko itse kokenut vaikeaa kipua				*p-arvo
	Kyllä %	Kyllä n	Ei %	Ei n	
Potilaan kokeman kivun voimakkuus voidaan arvioida luotettavasti ainoastaan vitaelintoimintojen perusteella (n=101)					0.322
Oikein	2	1	0	0	
Väärin	98	50	100	50	
Potilailla, joiden huomio saadaan kiinnittämään kivusta toisaalle, ei yleensä ole voimakasta kipua (n=101)					0.768
Oikein	19,6	10	22	11	
Väärin	80,4	41	78	39	
Käyttämällä yhdessä eri kipulääkkeitä (esimerkiksi opiaattia ja NSAID-lääkettä), joiden vaikutusmekanismit ovat erilaiset, kipua voidaan hallita paremmin kuin yksittäisellä kipulääkkeellä, ja myös sivuvaikutuksia on tällöin vähemmän (n=100)					0.737
Oikein	92,2	47	93,9	46	
Väärin	7,8	4	6,1	3	
Morfiinilla on annosteluraja (toisin sanoen, annos, jota suurempi annos ei enää tehosta kivunlievitystä (n=98)					0.705
Oikein	54,9	28	51,1	24	
Väärin	45,1	23	48,9	23	
Iäkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja kipulääkkeinä (n=101)					0.573
Oikein	15,7	8	20,0	10	
Väärin	84,3	43	80	40	
Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdollisimman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä (n=101)					0.313
Oikein	0	0	2	1	
Väärin	100	51	98	49	
Kun ensiannos opiaattikipulääkettä on annettu, seuraavat annokset pitää määrittää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mukaan (n=101)					0.164
Oikein	98	50	92	46	
Väärin	2	1	8	4	

\* Khiin neliötesti, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo < **0.05**

Taulukossa 15. kuvataan eroja läheisen kivun kokemuksen vaikutuksesta kipuun liittyvien asenteiden väittämiin. Taulukossa 15. on kuvattu Likert-asteikon kysymykset.

Henkilöt, joiden läheinen ei ollut kokenut vaikeaa kipua kokivat tilastollisesti ( $p$ -arvo  $<0.05$ ) kroonisesta kivusta kärsivän hoitamisen enemmän ahdistavana, lisäksi henkilöt, joiden läheinen ei ollut kokenut kipua olivat enemmän sitä mieltä, että kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä.

Taulukko 15. Läheisen kivun kokemuksen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin. Likert-asteikon (1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä) keskiarvo ja keskihajonta (SD).

	Onko läheisesi kokenut vaikeaa kipua				* $p$ -arvo
	Kyllä		Ei		
	keskiarvo	SD	keskiarvo	SD	
Kipu on normaali osa ikääntymistä (n=105)	2.53	1.48	2.26	1.19	0.554
Kipu kuuluu vanhuuteen (n=104)	2.10	1.22	2.00	1.12	0.692
Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä (n=105)	4.43	1.66	4.67	1.40	0.870
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa (n=106)	3.72	1.52	3.28	1.45	0.167
Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen on ahdistavaa (n=105)	3.09	1.61	3.95	1.36	<b>0.009</b>
Kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta (n=105)	4.24	1.38	4.41	1.16	0.555
Opioideja tulee määrätä varovasti syöpäkivun hoitoon riippuvuusriskin takia (n=106)	1.53	0.80	1.85	1.16	0.179
Syöpäpotilaille kehittyä helposti opioidiriippuvuus (n=105)	2.38	1.18	2.59	1.25	0.497
Opioideja ei voi määrätä säännölliseen käyttöön syöpäpotilaille (n=106)	1.36	0.89	1.51	0.94	0.412
Kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa (n=106)	4.74	0.95	4.64	1.16	0.912
Kroonista kipua sairastavat jäävät vaille riittävästi hoitoa perusterveydenhuollossa (n=105)	4.69	0.92	4.74	0.88	0.755
Kroonisen kivun lievittäminen on vaikeaa (n=106)	4.40	1.04	4.64	0.90	0.180
Kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä (n=106)	5.24	1.05	5.69	0.57	<b>0.011</b>
Kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa (n=106)	4.03	1.40	3.62	1.55	0.462
Dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa (n=106)	4.78	1.16	4.72	1.12	0.731

Luotan potilaan arvioon kivutaan (n=106)	4.90	0.87	4.67	1.06	0.207
Potilas itse on kipunsa paras asian tuntija (n=106)	5.45	0.65	5.10	0.88	0.118
Hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen (n=105)	5.31	1.11	5.26	1.07	0.730

\* non parametrisen Mann Whitney U testi, tilastollinen merkitsevyys= **p-arvo <0.05**

Kysymyksissä oikein/väärin (taulukko 16) ei tullut tilastollisia eroja läheisen kivun kokemuksen vaikutuksesta asenteisiin.

Taulukko 16. Läheisen kivun kokemuksen vaikutus kipuun liittyvien asenteiden väittämiin (% , n)

	Onko läheisesi kokenut vaikeaa kipua % (n)				*p-arvo
	Kyllä %	Kyllä n	Ei %	Ei n	
Potilaan kokeman kivun voimakkuus voidaan arvioida luotettavasti ainoastaan vitaalinelintoimintojen perusteella (n=106)					0.250
Oikein	3.1	2	0	0	
Väärin	96.9	62	100	42	
Potilaille, joiden huomio saadaan kiinnittymään kivusta toisaalle, ei yleensä ole voimakasta kipua (n=106)					0.593
Oikein	23.4	15	19	8	
Väärin	76.6	49	81	34	
Käyttämällä yhdessä eri kipulääkkeitä (esimerkiksi opiaattia ja NSAID-lääkettä), joiden vaikutusmekanismit ovat erilaiset, kipua voidaan hallita paremmin kuin yksittäisellä kipulääkkeellä, ja myös sivuvaikutuksia on tällöin vähemmän (n=105)					0.874
Oikein	93,7	59	92.9	39	
Väärin	6.3	4	7.1	3	
Morfiinilla on annosteluraja (toisin sanoen, annos jota suurempi annos ei enää tehosta kivunlievitystä (n=103)					0.657
Oikein	51.6	32	56.1	23	
Väärin	48.4	30	43.9	18	
Iäkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja kipulääkkeinä (n=106)					0.131
Oikein	12.5	8	23.8	10	
Väärin	87.5	56	76,2	32	
Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdollisimman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä (n=106)					0.763
Oikein	1.6	1	2.4	1	
Väärin	98.4	63	97.6	41	
Kun ensiannos opiaattikipulääkettä on annettu, seuraavat annokset pitää määrittää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mukaan (n=106)					0.342
Oikein	96.9	62	92.9	39	
Väärin	3.1	2	7.1	3	

\* Khiin neliötesti, tilastollinen merkitsevyys= p-arvo < **0.05**

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Operatiivisilla osastoilla työskentelevät ajattelivat konservatiivisilla aloilla työskenteleviä useammin, että kipu kuuluu vanhuuteen ja kipu on normaali osa ikääntymistä. Konservatiivisilla aloilla työskentelevät ajattelivat useammin, että kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada hoitoa. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, ettei kivun esiintyvyyteen liittyen eroja ole havaittu operatiivisten ja konservatiivisten osastojen välillä (Rockett ym. 2013, 2019). Henkilökunnan asenteista ja tiedoista konservatiivisten ja operatiivisten alojen välillä ei ole tietoa aiemmista raporteista. Kivun mittaamisen suhteen ei ainakaan eroja ole havaittu. (Niemi-Murola ym. 2005, 38).

Lähes kaikki lääkärit tiesivät, ettei morfiinilla ole annostelurajaa, kun taas hoitajista alle puolet vastasivat oikein kysymykseen morfiinin annostelurajasta. Aiempi tutkimus osoittaa, että sairaanhoitajilla on riittämätön tieto muun muassa lääkkeen valintaan, suositeltuun antotapaan ja kipulääkeannokseen (Utne ym. 2019, 678). Aiemmassa sairaanhoitajille tehdyssä tutkimuksessa kivun voimakkuutta on aliarvioitu ja kipulääkettä on annettu vähemmän, kuin on tarpeen. Koska sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa kivunhoidossa (Utne ym. 2019, 677–678), koulutusta tarvitaan muun muassa kipulääkkeistä ja siihen liittyvästä annostelusta. Hoitajat luottivat lääkäreitä enemmän potilaan arvioon omasta kivustaan. Kirjallisuudessa tulee esille poikkeuksetta, että kivun arvioinnin tulee perustua potilaan omaan arvioon kivusta aina kun se on mahdollista. (Kalso, 2018; Kipu: Käypä hoitosuositus, 2017.)

Hoitajat olivat lääkäreitä useammin sitä mieltä, että hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro ilmoitukseen. Haipro-ilmoituksista suurin osa on hoitajien tekemiä. Lääkäreiden osuus Haipro ilmoitusten laatimisesta on 2 %. (Ruuhilehto ym. 2011; Rauhala 2018.) Tämä voi selittää sen miksi hoitajat kokevat lääkäreitä enemmän hoitamattoman kivun aiheeksi Haipro-ilmoitukseen.

Nuoremmat olivat sitä mieltä, että kipu kuuluu vanhuuteen ja vanhemmat taas olivat vähemmän sitä mieltä, että kipu kuuluu vanhuuteen. Vanhemmat kokivat enemmän, että kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta. Viitteitä tuli myös siitä, että vähiten työkokemusta omaavat kokevat, että kipu on normaali osa ikääntymistä. Mahdollisesti työkokemuksen myötä ymmärretään, ettei kipu ole normaali osa ikääntymistä. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että kipuun liittyvät tiedot ja asenteet ovat paremmat henkilöillä, joilla on pidempi työkokemus, sekä korkeampi ikä. (Lewthwaite, ym. 2011, 251.) Lisäksi lääketieteen opiskelijoille tehdyssä asennekyselyssä on todettu, että viimeisen vuoden opiskelijat olivat merkittävästi ahdistuneempia kroonista kipua kokevan potilaan hoitamisesta. (Niemi-Murola ym. 2007, 700). Joten lisääkö ikä ja työkokemus kroonista kipua kokevan hoitamisen haastavuutta.

Henkilöt ketkä olivat kokeneet itse vaikeaa kipua, olivat enemmän sitä mieltä, että kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa. Kroonista kipua sairastavat eivät tällä hetkellä pääse asianmukaisten palvelujen piiriin ja kroonisen kivun osaajista on pulaa (Varsi ym. 2021, 2). Tämä puoltaa henkilöiden vastauksia, jotka ovat itse kokeneet kipua. Kysely ei kerro onko henkilöt kokeneet kroonista kipua.

## 9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen kyselyä laadittaessa käytettiin valmiita validoituja mittareita. Mittareiden käyttöön oli asianmukaiset luvat. Tutkimuksen toteuttamista varten myönnettiin organisaatiolupa. Lisäksi kivunhoidon kokonaistutkimusprojektia varten saatiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimuksen toteutuksessa noudatettiin yleisiä tutkimuksen eettisiä ohjeita, tietosuojakäytäntöjä ja hyvää tieteellistä käytäntöä. (TENK 2019; ARENE 2020.) Asennekyselyyn liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta, tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuksen vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeessä kerrottiin lisäksi, että tutkimusaineisto säilytetään tutkijan tiedostossa salasanan takana ja aineisto luovutetaan kivunhoidon kokonaisprojektin tutkimusryhmän käyttöön ja aineisto hävitetään kokonaisprojektin loputtua vuoteen 2030 mennessä. Saatekirjeessä oli linkki tietosuojaselosteeseen. Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen ja tämä mainittiin saatekirjeessä. Kyselyn vastaukset käsiteltiin anonyymisti. Tutkimuksesta laadittiin tietosuojalain mukainen tietosuojaseloste ja vaikutuksen arviointilomake, jotka liitettiin organisaatiolupahakemukseen. (TENK 2019; ARENE 2020.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetilla eli luotettavuudella ja validiteetilla eli pätevyydellä. Validiteetti kuvaa sitä että, onko mitattu sitä mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti kuvaa tulosten tarkkuutta. (Heikkilä 2014, 27, 28.) Tutkimuksessa käytettiin validoituja kysymyksiä kahdesta eri mittarista (Niemi-Murola ym. 2007; Roni & Yli-Luomala 2010, 14.) Surveypal kysely testattiin tutkimusryhmässä. Kyselyyn vastaamisen kesto oli noin viisi minuuttia, joka lisättiin saatekirjeeseen. Surveypal kyselyn kysymyksiä jaksotettiin, mutta muuten lomake säilyi suunnitellusti. Surveypal kysely lähetettiin sähköpostitse osastojen osastonhoitajien kautta. Vastausprosentti oli 17,9 % (n=108). Kun kysely lähetettiin osastonhoitajille, heille lähetettiin erikseen saatekirje, jossa pyydettiin välittämään kysely ja vastaamaan monelleko henkilölle kysely on lähtenyt, kaikista ei saatu vastausta tai se oli virheellinen, lähetyslistoissa oli samoja nimiä, joten se oli lähtenyt useamman kerran samalle henkilölle. Lähetettyjen kyselyiden määrän laskeminen osoittautui haastavaksi. Lukumäärä lähetetyistä henkilöistä laskettiin lisäksi KYS sähköpostien osastokohtaisista lähetyslistoista, joita verrattiin osastokohtaiseen KYS intra puhelinluetteloon ja osastonhoitajien lähettämiin määriin. Näin lähetetyille henkilöille lukumääräksi saatiin 602. Vastauksia saatiin yhteensä 112, joista akuuttisijaisvälityksen vastaukset (4) päätettiin jättää pois, koska todettiin ettei voida ryhmitellä konservatiiviset osastot ja operatiiviset osastot ryhmittelyllä. Konservatiiviset osastot ja operatiiviset osastot luokittelu lisäävät myös tutkimuksen luotettavuutta.

Sähköpostilla lähetetyssä kyselyssä voi olla haasteita sen tavoitettavuuden kanssa. Vastanottaja ei välttämättä ehdi lukea sähköposteja tai perehtyä sen sisältöön, jolloin kyselyyn jää vastaamatta. Kysely oli lyhyt, kesto noin viisi minuuttia, joten kovin aikaa vievä se ei ollut. Tämän hetken henkilöstötilanne ja hoitajapula voi olla yksi syy alhaiseen vastausprosenttiin. Voi olla, että myös asenteista kysyminen voi rajoittaa vastaamista. Ryhmä, jolle kysely lähti, oli rajattu hyvin, kaikki somaattiset vuodeosastot, pois lukien lasten osastot. Otos edusti sairaalan perusjoukkoa. (Heikkilä 2014, 28).

Aineisto vastaa KYSin henkilöstörakennetta, vastanneista 18,4 % oli lääkäreitä ja 81,6 % hoitajia. Tulokset, tässä tutkimuksessa voivat jäädä sattumanvaraisiksi alhaisen vastausprosentin vuoksi. Tuloksia käsiteltiin objektiivisesti ja huolellisesti. Kysymykset olivat validoituja ja tutkimusmenetelmän

valittiin sen mukaan. Analysointimenetelmät valittiin tutkimuskysymysten ja aineiston koon ja jakauman mukaan. Objektivisuus tarkoittaa tutkimuksessa sitä, että tuloksia käsitellään huolellisesti, niitä vääristelemättä. Tutkimuksen tulokset eivät saa riippua tutkijasta eikä omista taustoista. (Heikkilä 2014, 28.) Tutkimustulokset raportoidaan, niin ettei vastaajaa tunnisteta.

### 9.3 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusehdotukset

Asenteita kivunhoidosta on tutkittu vähän Suomessa. Maailmanlaajuisesti kipuun liittyviä asennetutkimuksia on raportoitu ja niihin perustuen aihe on tärkeä ja edesauttaa terveydenhuollon ammattilaisten kivunhoidon koulutuksen kehittämistä. Tutkimuksella saimme tietoa lääkäreiden ja hoitajien kivunhoitoon liittyvistä asenteista ja osaamisesta. Tutkimuksen aihevalinta oli hyödyllinen ja antaa hoitotyön kehittämiseen kivunhoidon osalta arvokasta tietoa. Tutkimuksella saimme edelleen vahvistusta siitä, että koulutuksen tehostamista tarvitaan. Kuten aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, kivunhoidon koulutus peruskoulutuksessa terveydenhuoltoalalla on vähäistä ottaen huomioon kivunhoidon osaamiseen tarvittava moninaisuus. (Mankelow ym. 2021, 2.) Koulutuksella parannettaisiin kipuun ja kivunhoitoon liittyviä tietoja ja asenteita (Mankelow ym. 2021, 2, 3, 19; Abdalrahim ym. 2011, 250–254). Tällä tutkimuksella voi olla hyötyä valtakunnallisesti kivunhoidon koulutuksen kehittämisessä.

#### Johtopäätökset:

- Lähes kaikki lääkärit tiesivät, että morfiinilla ei ole annostelurajaa, kun taas hoitajista alle puolet vastasivat oikein kysymykseen morfiinin annostelurajasta.
- Hoitajat luottavat lääkäreitä enemmän potilaan arvioon kivustaan.
- Hoitajat ovat lääkäreitä useammin sitä mieltä, että hoitamaton kipu on aihe Haipro ilmoitukseen.
- Mahdollisesti iän ja työkokemuksen myötä ymmärretään, ettei kipu ole normaali osa ikääntymistä.
- Miehet ovat varovaisempia opioidin käytön suhteen ja kokevat dementiaa sairastavan kivun arvioinnin haasteellisemmaksi. Naiset ovat enemmän sitä mieltä, että kroonista kipua sairastavat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa.
- Henkilöt, jotka eivät ole kokeneet kipua itse ovat varovaisempia opioidin käytön suhteen riippuvuusriskin vuoksi, sekä ovat enemmän sitä mieltä, että kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa.
- Henkilöt, joiden läheinen on kokenut vaikeaa kipua, kokevat kroonista kipua kärsivän hoitamisen ahdistavana ja ovat enemmän sitä mieltä, että kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä.



Suositukset:

- Säännöllistä koulutusta kivusta ja kivunhoidosta tarvitaan
- Täsmennettyä eri kiputyypin koulutusta tarvitaan, esimerkiksi krooninen kipu.
- Hoitajille tarvitaan lisäkoulutusta kipulääkkeistä
- Kivun mittaamista ja kirjaamista tulee tehostaa
- Hoitamaton kipu on tärkeä aihe Haipro ilmoitukseen

Jatkotutkimusehdotukset:

- Kuinka hoitajien ja lääkäreiden asenteet paranevat kipukoulutuksen myötä
- Kuinka hoitajien ja lääkäreiden tiedot kivunhoidosta paranevat kipukoulutuksen myötä.
- Kuinka hoidon laatu paranee kipukoulutuksen myötä

## LÄHTEET

- Abdalahim, Maysoon, Majalib, Sawsan, Warrén Stomberg, Margareta & Bergbom, Ingegerd 2011. The effect of postoperative pain management program on improving nurse`s knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice* 11 (4), 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.016>. Viitattu 3.11.2021.
- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>. Viitattu 2.3.2021.
- ANCC (American Nurses Credentialing Center) 2021. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/> Viitattu 3.11.2021.
- Bouya, Salehoddin, Balouchi, Abbas, Maleknejad, Abdulbaset, Koochakzai, Maryam, Alkhaswneh, Esra & Abdollahimohammad, Abdolghani 2019. Cancer Pain Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: a Systematic Review. *Journal of Cancer Education* 34, 839–846 <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1433-6>. Viitattu 12.2.2021.
- Brant, Jeannine, Mohr, Carla, Coombs, Nicholas, Finn, Susan & Wilmarth, Estella 2017. Nurses knowledge and attitudes about pain: Personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain management Nursing*. 18 (4), 214-223. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.003>. Viitattu 14.10.2021.
- Dix, P., Sandhar, B., Murdoch, J. & MacIntyre, PA 2004. Pain on medical wards in a district general hospital. *Br J Anaesth*. 92 (2), 235-237. DOI: 10.1093/bja/ae052. Viitattu 13.1.2021.
- Dräger, Dagmar, Budnick, Andrea, Kuhnert, Ronny, Kalinowski, Sonja, Könnner, Franziska & Kreutz, Reinhold 2017. Pain management intervention targeting nursing staff and general practitioners: Pain intensity, consequences and clinical relevance for nursing home residents. *Geriatr Gerontol Int*. 17 (10), 1534–1543. <https://doi.org/10.1111/ggi.12924>. Viitattu 11.10.2021.
- Elomaa, Minna & Sipilä, Reetta 2018. *Psykologiset hoitomenetelmät. Kipu*. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Viitattu 22.10.2021.
- ETENE, julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta 2011. Verkkojulkaisu. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf?t=1439805553000>. Viitattu 3.11.2021.
- Fernández-Castillo, Rafael-Jesus, Gil-García, Eugenia, Vázquez-Santiago, Maria-Soledad & Barrientos-Trigo, Sergio 2020. Chronic non-cancer pain management by nurses in specialist pain clinics. *British Journal of Nursing*. 29 (16), 954-959. DOI:10.12968/bjon.2020.29.16.954. Viitattu 24.1.2021.
- Ferrell, Betty & McCaffery, Marco 2014. Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. Verkko sivusto. <https://prc.coh.org/>. Viitattu 3.2.2021.

George, Birgitte, Minello, Christian, Allano, Gilles, Maindet, Caroline, Burnod, Alexis & Lemaire, Antoine 2019. Opioids in cancer-related pain: current situation and outlook. *Supportive Care in Cancer*. 27, 3105–3118. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04828-8>. Viitattu 17.11.2021.

Gillsjö, Catharina, Nässen, Kristina & Beglund, Mia 2021. Suffering in silence: a qualitative study of older adults' experiences of living with longterm musculoskeletal pain at home. *European Journal of Ageing*. 18, 55–63. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00566-7>. Viitattu 22.20.2021.

Goesling, Jenna, Clauw, Daniel J & Hassett, Afton L 2013. Pain and debression: an integrative review of neurobiological and psychological factors. *Current psychiatry Reports*. 15 (12), 421. doi: 10.1007/s11920-013-0421-0. Viitattu 25.11.2021.

Guan, Ng Chong, Beng, Tan, Sen, Sue-Yin Low & Kanagasundram, Sharmilla 2021. The effect of 5-min mindful breathing on pain in palliative care cancer patients: A randomized controlled study. *Indian J Palliat Care*. 27 (1), 83-88. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC\_122\_20. Viitattu: 17.11.2021.

Gudmannsdottir, Gudrun Dora & Halldorsdottir, Sigridur 2009. Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23 (2), 317–327. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00625.x. Viitattu 16.11.2021.

Hadjistavropoulos, Thomas, Herr, Keela, Prkachin, Kenneth M, Craig, Kenneth, Gibson, Stephen J, Lukas, Albert & Smith, Jonathan H 2014. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol*. 13 (12), 1216–1227. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70103-6. Viitattu 22.10.2021.

Hamunen, Katri 2018. Syöpä kivun hoito WHO:n portaiden mukaan. Käypä hoito -suositus. Duodecim. (viitattu 17.11.2021). <https://www.kaypahoito.fi/nak07800>

Hamunen, Katri, Karlsson, Hasse & Vainio, Anneli 2018. Luokitteluperusteista. Teoksessa Kipu. Verkkokirja. Duodecim. Viitattu 30.11.2021.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Verkkokirja. Helsinki: EDITA.

Heiskanen, Tarja, Haminen, Katri & Hirvonen, Outi 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim*. 129 (4), 385–92. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822>. Viitattu 25.22.2021.

Hill, Julie, Koch, Lynn & Rumrill, Phillip 2018. Ethical considerations for providing vocational rehabilitation services to individuals with chronic pain. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 48 (3), 321–330. DOI: 10.3233/JVR-180941. Viitattu 3.11.2021.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hotus-hoitosuositus. Salanterä, Sanna, Heikkinen, Katja, Kauppila, Marjo, Murtola, Laura-Maria & Siltanen, Hannele. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2013. <https://www.hotus.fi/aikuispotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jalkeisen-lyhytkestoisen-kivun-hoitotyö-hoitosuositus/>. Viitattu 14.10.2021.

Hänninen, Juha 2015. Total Pain-käsite. Teoksessa Palliatiivinen hoito. Verkkokirja. Duodecim.

IASP (International Association for the Study of Pain) 2020. Verkkosivut. Kivun määritelmä. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>. Viitattu 20.2.2021.

- Kalso, Eija 2013. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Syöpätaudit. Verkkokirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 12.10.2021.
- Kalso, Eija 2018. Kivun arviointi. Teoksessa Kipu. Verkkokirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 12.10.2021.
- Kalso, Eija 2018. Muuttaako ikääntyminen kivun kokemista? Teoksessa Kipu. Verkkokirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 22.10.2021.
- Kalso, Eija 2018. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kipu. Verkkokirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 22.10.2021.
- Kalso, Eija 2018. Iäkkäiden kivunhoidon erityispiirteet. Teoksessa Kipu. Verkkokirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 22.10.2021.
- Kalso, Eija & Heiskanen, Tarja 2018. Syöpään liittyvän kivun lääkehoito. Teoksessa Kipu. Verkkokirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 17.11.2021.
- Kalso, Eija 2020. Kivun uusi määritelmä. Kipuviesti. 2. 56–57. Viitattu 30.11.2021.
- Kalso, Eija 2016. Syöpäkivun lääkehoito. Duodecim. 132. 2125–2128. Viitattu 17.11.2021.
- Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2017. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). Viitattu 22.2.2021.
- Koivusalo, Anna-Maija 2015. Kivuton sairaala -projekti vuonna 2014. Verkkojulkaisu. <https://www.skty.org/@Bin/211107/Kivuton+Sairaala+projekti+vuonna+2014.pdf>. Viitattu 13.1.2021.
- Kontinen, Vesa, Jokela, Ritva, Ravaska, Pirjo, Rautakorpi, Pirkko & Hamunen, Katri 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Finnanest. 45 (2), 119. [https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus\\_leikkauksenjalkeisen\\_kirjaamisesta.pdf](https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf). Viitattu 3.12.2021.
- Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Asiantuntijatyöryhmä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita, 2017. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap\\_2017\\_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Viitattu 13.1.2021.
- Kuivalainen, Anna-Maria 2021. Tehohoitopotilaan kivunhoito. Finnanest. 54 (1), 15–18. [http://www.finnanest.fi/files/kuivalainen\\_tehohoitopotilaan.pdf](http://www.finnanest.fi/files/kuivalainen_tehohoitopotilaan.pdf). Viitattu 30.11.2021.
- Kuopion yliopistollinen sairaala –Tahdomme parantaa 2018. Esittelydiat. [https://www.pssh.fi/documents/7796350/7870465/kys\\_yleisesitys\\_2019.pdf/11f1268d-e632-4cdd-aaa4-b2fd6fc982af](https://www.pssh.fi/documents/7796350/7870465/kys_yleisesitys_2019.pdf/11f1268d-e632-4cdd-aaa4-b2fd6fc982af). Viitattu 2.3.2021.

Kuopion yliopistollisen sairaalan magneettisairaalamalli - hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2017–2022. KYS. Hoitotyön johtoryhmä. Verkkosivut. <https://www.psshp.fi/documents/7796350/7876645/Hoitoty%C3%B6n+toimintaohjelma+2017-2022.pdf/4ea5e68-cd7c-417d-83d5-6e4406c1ebff>. Viitattu 28.10.2021.

Lewthwaite, Barbara, Jabusch, Kimberly, Wheeler, Barbara, Schnell-Hoehn, Karen, Mills, Joanne, Estrella-Holder, Estrellita & Fedorowicz, Anna 2011. Nurses Knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized adults. *The journal of continuing education in nursing*. 42 (6), 251–257. DOI: 10.3928/00220124-20110103-03. Viitattu 7.10.2021.

Lorentzen, V., Hermansen, I.L. & Botti, M. A 2011. Prospective analysis of pain experience, beliefs, and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *European journal of pain*. 16 (2), 278–288. DOI: 10.1016/j.ejpain.2011.06.004. Viitattu 7.10.2021.

Lundin Emma & Godskesen, E. Tove 2021. End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*. 20, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>. Viitattu 17.11.2021.

McCabe, Rebecca, Murray, Robin, Austin, Phil & Siddall, Phillip 2018. Spiritual and existential factors predict pain relief in a pain management program with a meaning-based component. *J Pain Manage*. 11 (2), 163-170. [https://www.researchgate.net/publication/323931635\\_Spiritual\\_and\\_existential\\_factors\\_predict\\_pain\\_relief\\_in\\_a\\_pain\\_management\\_program\\_with\\_a\\_meaning-based\\_component](https://www.researchgate.net/publication/323931635_Spiritual_and_existential_factors_predict_pain_relief_in_a_pain_management_program_with_a_meaning-based_component). Viitattu 16.11.2021.

Maijala, Riikka 2019. LEAN TERVEYDENHUOLLOSSA – Näkökulmina hukka ja johtaminen. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. <https://www.utupub.fi/handle/10024/148443>. Viitattu 25.11.2021.

Malhotra, Chetna, Harding, Richard, Teo, Irene, Ozdemir, Semra, Koh, Gerald, Neo, Patricia, Heng Lee, Lai, Kanesvaran, Ravindran & Finkelstein, Eric 2020. Financial difficulties are associated with greater total pain and suffering among patients with advanced cancer: results from the COMPASS study. *Supportive Care in Cancer*. 28, 3781–3789. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05208-y>. Viitattu 25.11.2021.

Mankelow, Jagjit, Ryan, Cormac, Taylor, Paul, Atkinson, Greg & Martin, Dennis 2021. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effects of Biopsychosocial Pain Education upon Health Care Professional Pain Attitudes, Knowledge, Behavior and Patient Outcomes. *The journal of pain*. 23 (1), 1-24. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.06.010. Viitattu 11.10.2021.

Moceri, Joane & Drevdahl, Denise 2014. Nurses` knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of emergency nursing*. 40 (1) 6–12. DOI: 10.1016/j.jen.2012.04.014. Viitattu 14.10.2021.

Niemi-Murola Leila, Pöyhä R., Onkinen K., Rhen B., Mäkelä A., Yildirim Y., Niemi T. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu -hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys 2005. Julkaisussa Finnanest. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu -hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys. 38 (5) [http://www.finnanest.fi/files/oper\\_abs\\_niemimurola.pdf](http://www.finnanest.fi/files/oper_abs_niemimurola.pdf). Viitattu 13.1.2021.

- Niemi-Murola, Leila, Nieminen, Juha, Kalso Eija & Pöyhiä, Reino 2007. Medical undergraduate students' beliefs and attitudes toward pain – How do they mature? *European Journal of Pain*. 11 (6), 700-706. DOI: 10.1016/j.ejpain.2006.12.001. Viitattu 1.2.2021.
- Nicolson, Philippa, Williamson, Esther, Morris, Alana, Sanchez-Santos, Maria, Bruce, Julie, Silman, Alan & Lamb, Sarah 2021. Musculoskeletal pain and loneliness, social support and social engagement among older adults: Analysis of the Oxford Pain, Activity and Lifestyle cohort. *Musculoskeletal Care*. 19 (3), 269–277. <https://doi.org/10.1002/msc.1526>. Viitattu 22.10.2021.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>. Viitattu 18.11.2021.
- Pitkäniemi, Anni, Sihvonen, Aleks, Särkämö, Teppo & Soinila, Seppo 2020. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. Katsausartikkeli. *Lääkärilehti*. 37, 1843–1848. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/musiikki-interventiot-kivun-hoidon-osana/?pub-lic=c4f48a03ed7ee43e98fb9cea119d1c29>. Viitattu 01.11.2021.
- Pohjolainen, Timo 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa *Kipu*. Verkkokirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 22.10.2021.
- Pudas-Tähkä, Sanna-Mari 2018. Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen tohtoriohjelma, Turun yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7152-7>. Viitattu 30.11.2021.
- Pulkkinen, Maria, Juntila, Kristiina & Lindwall, Lillemor 2016. The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Nordic College of Caring Science*. 30, 145–153. DOI: 10.1111/scs.12233. Viitattu 24.10.2021.
- Puurunen, Anne, Ikäheimo, Tiina-Mari, Nissen, Mette, Huotarinen, Antti, Jyrkkänen, Henna-Kaisa, Huttunen, Jukka, Koivisto, Timo, Fraunberg, Mikael & Kajanus, Miika 2020. A hybrid SWOT analysis of the neuromodulation process for chronic pain. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 16 (2), 76-85. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2020.16.2.76>. Viitattu 16.11.2021.
- Quinlan-Colwell, Ann 2013. Making an ethical plan for treating patients in pain. *Nursing*. 43 (10) 91–95. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000431122.07851.e0. Viitattu 24.10.21.
- Rauhala, Auvo, Kinnunen, Marina, Kuosmanen, Anssi, Liukka, Mari, Olin, Karoliina, Sahlström, Merja & Roine, Risto 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? *Lääkärilehti*. 46, 2716–2720. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/mita-vapaaehtoiset-vaarata-pahtumailmoitukset-kertovat/>. Viitattu 3.12.2021.
- Rockett, M.P., Simpson, G., Crossley, R., Blowey, S. 2013. Characteristics of pain in hospitalized medical patients, surgical patients, and outpatients attending a pain management centre. *British Journal of anaesthesia*. 110 (6), 1017-1023. DOI: 10.1093/bja/aet007. Viitattu 13.2.2021.
- Rogers, Andrew, Orr, Michael, Shepherd, Justin, Bakhshai, Jafar, Ditre, Joseph, Buckner, Julia & Zvolensky, Michael 2019. Anxiety, depression, and opioid misuse among adults with chronic pain:

the role of emotion dysregulation *J Behav Med.* 44, 66–73. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00169-8>. Viitattu 1.12.2021.

Roni, Juha & Yli-Luomala, Reetta 2010. Sairaanhoidajien tiedot kivusta, kivun arvioinnista ja kivun odioista sekä asennoituminen kivunhoitoon. Opinnäytetyö. Turun AMK. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24274/Yli-Luomala\\_Reetta\\_Roni\\_Juha.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24274/Yli-Luomala_Reetta_Roni_Juha.pdf?sequence=1). Viitattu 3.2.2021.

Ruuhilehto, Kaarin, Kaila, Minna, Keistinen, Timo, Kinnunen, Marina, Vuorenkoski, Lauri & Wallenius Jarkko 2011. Haipro- Millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuonna 2007–2009? *Duodecim.* 127 (10), 1033–1040. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99540/>. Viitattu 24.10.21.

Shondell, LeeAnn, Foli, Karen & Eler, Cheryl 2020. Effects of Education on Nurses' Knowledge and Attitudes of Pain Management in a Postoperative Cardiovascular Unit. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 51 (8), 2020. DOI: 10.3928/00220124-20200716-08. Viitattu 14.12.2021.

Singh, Jasvinder, Lewallen, David 2013. Medical and psychological comorbidity predicts poor pain outcomes after total knee arthroplasty. *Rheumatology.* 52 (5), 916–923. DOI: 10.1093/rheumatology/kes402. Viitattu 28.10.2021.

Sipola, Virpi, Pöyhiä, Reino, Anttonen, Mirja Sisko & Pajunen, Mira 2021. Potilaan spiritualiteetin tukeminen ja eksistentiaaliset kysymykset palliativisessa hoidossa. Kansallinen suositus. Verkkojulkaisu. Kirkkohallitus Helsinki. [https://bin.yhdistys-avain.fi/1573258/CDC4cnbozGgnIYM5xjbl0WG20x/31740186\\_KKH\\_Potilaan\\_eksistentiaaliset\\_kysymykset\\_Kirkko\\_ja\\_toi.pdf](https://bin.yhdistys-avain.fi/1573258/CDC4cnbozGgnIYM5xjbl0WG20x/31740186_KKH_Potilaan_eksistentiaaliset_kysymykset_Kirkko_ja_toi.pdf). Viitattu 16.11.2021.

Sosiaali -ja terveysministeriö. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 Toimeenpanosuunnitelma. 2020. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM\\_2020\\_1\\_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM_2020_1_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Viitattu 22.10.21.

Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020 Asiantuntijaryhmän ehdotus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita, 2017. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap\\_2017\\_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Viitattu 22.10.2021.

Sonneborn, Olivia & Williams, Annie 2020. How does the 2020 revised definition of pain impact nursing practice? *Journal of perioperative nursing.* 33 (4), 25–28. <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1104&context=jpn>. Viitattu 14.2.2021.

Tasmuth, Tiina 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkärilehti.* 74 (9), 540–544. [https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/?public=9d66e4eb74367c0737ba4ae394336d1b&utm\\_source=facebook](https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/?public=9d66e4eb74367c0737ba4ae394336d1b&utm_source=facebook). Viitattu 1.10.2021.

Tetteh, Linda, Aziato, Lydia, Mensah, Patience, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Kwegyir-Afful, Emma 2020. Burns pain management: The role of nurse-patient communication. *Burns.* 47 (6), 1416–1423. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.11.011>. Viitattu 1.2.2021.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Ihmistieteiden ennakoarvioinnin ohje. Verkkojulkaisu. 2019. 3. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje#1>. Viitattu 2.3.2021.

Utne, Inger, Småstuen, Milada & Nyblin, Ulla 2019. Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of Cancer Education*. 34, 677–684. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>. Viitattu 15.11.2021.

Vaajoki, Anne & Leinonen, Tuija 2019. Kivun voimakkuuden arviointi ja sen kirjaaminen hoitotaulukoon - tarkastelu vuodeosastoilla. Asiakirja KYS sisäisessä tietojärjestelmässä.

Vainio, Anneli & Vuorinen, Eero 2015. Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa *Palliatiivinen hoito*. Verkkokirja. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 17.11.2021.

Varsi, Cecilie, Konstanse Ledel Solem, Ingrid, Eide, Hilde, Borosund, Elin, Kristjansdottir, Olof, Helda, Karina, Waxenberg, Lori, Weiss, Karen, Scheurs, Karlein, Morrison, Eleshia, Stubhaug, Audun & Solberg Nes, Lisa 2021. Health care providers' experiences of painmanagement and attitudes towardsdigitally supported self-managementinterventions for chronic pain: a qualitativestudy. *BMC Health Services Research*. 21, 2-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06278-7>. Viitattu 25.10.21.

Wallenius Jarkko 2021. Tehtyjen Haipro ilmoitusten määrä suomessa. Suullinen tiedonanto. 7.12.2021.

Zaslansky, R., Rothaug, J., Chapman, C.R., Bäckström, R., Brill, S., Fletcher, D., Fodor, L., Gordon, D.B., Komann, M., Konrad, C., Leykin, Y., Pogatski-Zahn, E., Puig, MM. Rawal, N.,Ullrich, K., Volk, T., Meissner, W. 2019. ORIGINAL ARTICLE PAIN OUT: The making of an international acute pain registry. *Eur J Pain*. 19, 490—502. doi:10.1002/ejp.571. Viitattu 23.1.2022.



## LIITE 1: SURVEYPAL KYSELY HENKILÖKUNNALLE

### SAATEKIRJE

Tämä kysely on osa tutkimusprojektia Kivunhoidon toteutuminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimusprojektin tarkoitus on selvittää kivunhoidon toteutumisen nykytilanne KYSissa. Tämän tutkimusosan tarkoituksena on selvittää hoitajien ja lääkäreiden asenteita kivunhoidosta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tavoitteena on edistää laadukkaan kivunhoidon toteutumista.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistuminen katsotaan suostumukseksi. Vastauksia käsitellään anonyymisti ja tutkimustulokset raportoidaan niin, ettei vastaajia tunnisteta. Vastaukset tulevat tutkimusryhmän käyttöön, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Aineisto hävitetään vuoden 2030 loppuun mennessä.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5 minuuttia.

### KYSELYN ETUSIVU

Kyselyyn vastatessa syntyy henkilörekisteritietoja. Rekisterinpitäjä on PSSHP.

Kyselydataa säilytetään tarvittavia analyysseja varten Surveypalissa 12 kuukautta ja tiedostomuodossa 10 vuotta. Vastaukset käsitellään anonyymisti.

Linkki: Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tietosuojaseloste - KYSin henkilöstön kyselyt

Linkki: Palautejärjestelmän tietosuojaseloste

Haluan vastata kyselyyn ja hyväksyn, että tässä kyselyssä syntyviä henkilötietorekisteritietojani voidaan käyttää tietosuojaselosteessa mainituissa tarkoituksissa. Kyllä (pakollinen valinta)

### KYSELYN KYSYMYKSET:

Näihin kysymyksiin pyydetään vastauksia 6 portaisella Likert asteikolla. 1 täysin eri mieltä, 2 jokin eri mieltä, 3 vähän eri mieltä 4 vähän samaa mieltä 5 jokin samaa mieltä, 6 Täysin samaa mieltä.

Kipu on normaali osa ikääntymistä

Kipu kuuluu vanhuuteen

Kipu ei ole normaali osa ikääntymistä

Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen ei ole ahdistavaa

Kroonisesta kivusta kärsivän hoitaminen on ahdistavaa

Kroonisen kipupotilaan kärsimys tuntuu ahdistavalta

Opioideja tulee määrätä varovasti syöpäkivun hoitoon riippuvuusriskin takia

Syöpöpotilaille kehittyy helposti opioidiriippuvuus

Opioideja ei voi määrätä säännölliseen käyttöön syöpöpotilaille

Kroonisesta kivusta kärsivän on vaikea saada riittävästi hoitoa

Kroonista kipua sairastavat jäävät vaille riittävä hoitoa perusterveydenhuollossa

Kroonisen kivun lievittäminen on vaikeaa

Kipua voidaan hoitaa muutenkin kuin lääkkeillä

Kroonista kipua sairastavat potilaat pitäisi hoitaa erikoissairaanhoidossa

Dementoituneen potilaan kivun arviointi on vaikeaa

Luotan potilaan arvioon kivustaan

Potilas itse on kipunsa paras asiantuntija

Oikein/Väärin – Valitse oikea vastaus

Potilaan kokeman kivun voimakkuus voidaan arvioida luotettavasti ainoastaan vitaalielintoimintojen perusteella O/V

Potilailla, joiden huomio saadaan kiinnittymään kivusta toisaalle, ei yleensä ole voimakasta kipua. O/V

Käyttämällä yhdessä eri kipulääkkeitä (esimerkiksi opiaattia ja NSAID-lääkettä), joiden vaikutusmekanismit ovat erilaiset, kipua voidaan hallita paremmin kuin yksittäisellä kipulääkkeellä, ja myös sivuvaikutuksia on tällöin vähemmän. O/V

Morfiinilla on annosteluraja (toisin sanoen, annos jota suurempi annos ei enää tehosta kivunlievitystä. O/V

Iäkkäät potilaat eivät siedä opiaatteja kipulääkkeinä. O/V

Potilaita pitää kehottaa sietämään mahdollisimman paljon kipua ennen opiaatin käyttöä. O/V

Kun ensiannos opiaattikipulääkettä on annettu, seuraavat annokset pitää määrittää kunkin potilaan yksilöllisen vasteen mukaan. O/V

Taustatiedot

Osasto: (valikko)

Sukupuoli: Mies, nainen, muu/en halua kertoa

Ikä: alle 25, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, yli 65

Koulutus: Lääkäri, Perushoitaja/lähihoitaja, Sairaanhoitaja

Työkokemus: alle 5, 5-10, 11-20, 21-30, yli 30.

Oletko itse kokenut vaikeaa kipua? Kyllä/ Ei

Onko läheisesi kokenut vaikeaa kipua? Kyllä/Ei

Hoitamatta jäänyt kipu on aihe Haipro-ilmoitukseen. Vastaus 6-portaisella Likert asteikolla: 1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri meiltä, 3 vähän eri mieltä, 4 vähän samaa mieltä, 5 jokseenkin samaa mieltä, 6 täysin samaa mieltä.